

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Emilienne GRAVEJAL

Née le 15 Avril 1913, au Puy (Haute-Loire).

PSYCHOSE D'ÉPUISEMENT SOMATO-PSYCHIQUE

Travail de la Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale

Professeur: LAIGNEL-LAVASTINE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE. Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme
d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine 27

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Emilienne GRAVEJAL

Née le 15 Avril 1913, au Puy (Haute-Loire).

PSYCHOSE D'ÉPUISEMENT
SOMATO-PSYCHIQUE

Travail de la Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale

Professeur: LAIGNEL-LAVASTINE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE. Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme
d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine 27
1940



I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
Clinique d'accouchements	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre Duval.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

ALAJOUANINE ..
BRULE ..
CATHALA ..
CHABROL ..
CHEVALLIER ..
DONZELOT ..
DUVOIR ..
GASTINEL ..
LAROCHE (G.) ..
LIAN ..
MOREAU ..
SEZARY ..

Clinique
médicale.

BASSET ..
BROCQ ..
CADENAT ..
FEY ..
GATELLIER ..
de GAUDART ..
d'ALLAINES ..
LEVEUF ..
MOULONGUET ..
MOURE ..
QUENU ..

Clinique
chirurgicale.

MM.

EGALLE ..
METZGER ..
PORTES ..
VIGNES ..

Clinique
obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE
Professeur de clinique des maladies mentales
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a guidé dans
sa réalisation.*

*Il nous a fait, en outre, le
grand honneur d'en accepter la
présidence.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respec-
tueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN CASTAIGNE
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Directeur de l'Ecole de plein exercice
de Clermont-Ferrand
Commandeur de la Légion d'Honneur

Sa bienveillance, les encouragements qu'il nous donna nous furent particulièrement précieux.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre admiration, de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CHAUMERLIAC
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg
Ancien Chef de clinique de la Faculté de Médecine
de Strasbourg
Professeur de Thérapeutique
à l'Ecole de plein exercice de Clermont-Ferrand
Médecin des Hôpitaux

En témoignage de notre admiration pour son lumineux enseignement clinique.

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND
LEMARIEE (*in memoriam*), QUIQUANDON, BUY,
DIONIS DU SEJOUR, LIMOUSIN, PAILLARD,
PIOLLET, VAURS, BUREAU, DURIF, MERLE,
BERNARD-GRIFFITHS, GRIVEAUD. ROBERT,
RONGIER, FOURVEL,

ET

A TOUS NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MÉDECINE

A NOS MAITRES EN PSYCHIATRIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE BRISSOT

Médecin Chef des Hôpitaux psychiatriques
de la Seine

Médecin Chef de la Colonie de Vaucluse

*Notre premier Maître dans les
Hôpitaux Psychiatriques.*

*En témoignage de notre attache-
ment reconnaissant, pour
l'intérêt qu'il ne cessa de nous
témoigner.*

A MADemoisELLE LE DoctEUR CULLERRE
Médecin Chef de l'Hôpital psychiatrique de Vaucluse

*Qui fut pour nous pendant un
an un Maître bienveillant et ne
cessa de nous prodiguer ses
précieux conseils.*

*Qu'elle veuille bien trouver ici
l'expression de notre vive recon-
naissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR XAVIER ABELY
Médecin Chef de l'Admission de Sainte-Anne

En témoignage de notre respectueux attachement et de notre reconnaissance profonde pour son remarquable enseignement psychiatrique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TH. SIMON
Médecin Chef de l'Hôpital Psychiatrique
Sainte-Anne

*En hommage respectueux et
reconnaissant.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR YVES PORCHER
Médecin Chef de l'Hôpital Psychiatrique
Sainte-Anne

En hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MINKOWSKI
A MADAME LE DOCTEUR F. MINKOWSKI

Respectueusement.

A NOS MAÎTRES
DE L'INSTITUT DE CRIMINOLOGIE

A MONSIEUR DONNEDIEU DE VABRES
Directeur de l'Institut de Criminologie
Professeur à la Faculté de Droit de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR
Médecin des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE
Professeur des Maladies mentales

A MONSIEUR DUFOUR
Chargé du Cours des Sciences Pénitentiaires

A MONSIEUR CARRIVE
Avocat Général à la Cour de Cassation de Paris

A MONSIEUR FARALICQ

A MES CONFERENCIERS
DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI EY
Ancien chef de clinique
des maladies mentales et de l'encéphale
Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. LÉCONTE
Ancien chef de clinique
des maladies mentales et de l'encéphale
Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

En témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. BOUVET
Chef de clinique des maladies mentales
et de l'encéphale
Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

AVANT-PROPOS

Depuis le début de l'année 1940, nous étions chargés du Service d'Admission de l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne où nous remplissions les fonctions d'internes sous la direction du Docteur Xavier ABÉLY. Nous avons pu constater combien l'influence des événements de Juin, retentissait sur le recrutement des malades admis journallement. Alors que la majorité des entrées est habituellement faite de psychoses chroniques et d'affaiblissements intellectuels et que les psychoses aiguës sont relativement rares, dès Mai la proportion des cas aigus par rapport aux cas chroniques se trouva inversée. Notre attention fut attirée par les très nombreuses observations de délires transitoires chez des sujets évacués des régions envahies ou précédemment soumis à des épreuves douloureuses.

L'ensemble de ces faits répondait à ce qu'il était classique de décrire sous le nom de psychoses réactionnelles. Les conditions exceptionnelles d'observation dans lesquelles nous étions placé, la richesse du matériel qui nous était offert nous incitèrent à reprendre à nouveau une étude déjà faite bien des fois, non que nous pensions apporter une note particulièrement originale mais bien parce qu'il nous a semblé intéressant de revoir sous l'angle des tendances psychiatri-

ques modernes un problème qui à nouveau devenait d'actualité.

Il est en effet en psychiatrie des courants d'opinions qui inspirent tous les travaux cliniques d'une époque. Et c'est ainsi que la doctrine des prédispositions a été longtemps le dogme intangible qui dominait toutes les conceptions pathogéniques. Il ne pouvait y avoir de réaction psychologique pathologique que chez une personnalité marquée par la tare dégénérative.

Plus tard l'influence d'une constitution spéciale d'hyperémotivité latente fut reconnue nécessaire. Assez représentatives de la psychiatrie psycho-physiologique sont les théories qui font de l'émotion et de l'émotion seule le *primum movens* de ces grands états de désintégration dramatique de la personnalité. Tels sont les deux grands courants qui se partagèrent l'opinion. Et l'on voit combien il était nécessaire d'intégrer l'étude des psychoses aiguës en rapport avec les événements dans les tendances unicistes actuelles qui sont loin de laisser dans l'ombre les inter-réactions psychosomatiques.

Après une enquête soigneuse auprès des malades ou de la famille nous avons noté tous les renseignements héréditaires et autobiographiques, nous nous sommes livrés à un examen approfondi des malades et nous avons pu présenter une série d'observations, dont l'étude d'ensemble nous permet de décrire un type de psychoses qui ayant une individualité clinique marquée et se présentant avec un ensemble de signes psychiques d'allure aiguë et de troubles somatiques importants, méritent bien d'être qualifiées de « psychoses d'épuisement somato-psychique ».

C'est d'ailleurs sur le conseil du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE que nous avons choisi cette dénomination. Nous ne saurions trop le remercier ici de la bienveillante attention avec laquelle il a accueilli cet essai. Il nous a non seulement très libéralement permis l'accès de son service mais il nous a autorisé à utiliser dans ce travail, certains des cas qui avaient été l'objet de ses recherches personnelles.

Nous tenons aussi à remercier bien vivement notre Maître le Docteur Xavier ABÉLY, Médecin-Chef de l'Admission qui nous a aidé de ses précieux conseils et a toujours été pour nous un guide dévoué. Nous remercions également Monsieur le Docteur GENIL-PERRIN, Directeur de l'Hôpital Henri ROUSSELLE qui a bien voulu nous ouvrir les portes de ses services et nous a ainsi permis de compléter nos observations.

Notre travail se divisera comme suit :

- 1°) Historique.
 - 2°) Observations.
 - 3°) Etude analytique.
 - 4°) Conclusions.
 - 5°) Bibliographie.
-

HISTORIQUE

L'influence des grands bouleversements sociaux et d'une manière plus générale celle des émotions dans la genèse des troubles psychiques a été diversement appréciée, au cours de l'évolution de la doctrine psychiatrique. Sous le nom de causes morales les anciens auteurs ont rangé une série de faits très divers, mais tous générateurs d'émotions de teinte souvent dépressive, par opposition aux causes physiques, représentées essentiellement par des troubles de la puerpéralité, la sénescence et les traumatismes...

Différents courants se sont affrontés au siècle dernier : les uns admettant surtout à l'origine des troubles mentaux le rôle unique ou prépondérant des causes morales à l'exclusion des causes physiques. Les autres ne les admettant qu'à titre occasionnel ou seulement efficientes sur un terrain prédisposé.

GEORCET (22) écrit notamment : « Les causes morales de la folie sont très nombreuses, presque aussi variées que les actes de l'entendement lui-même. Elles se composent particulièrement : 1°) des impressions qui émeuvent, ébranlent subitement et fortement l'esprit de manière à en troubler les opérations sur le champ, ou dont l'action lente mais soutenue finit par en user les ressorts; tels sont tous les événements capables de produire une surprise extrême, la frayeur, la colère, la joie, la tristesse, la jalousie, la haine,

etc...; 2°) de tout ce qui contrarie, comprime, attaque ou exalte d'une manière inattendue des penchants, des passions, ou des idées qui exercent une certaine influence sur l'homme moral et intellectuel... Les événements qui éveillent la curiosité publique, les commotions qui agitent les passions des nations provoquent le réveil d'idées anciennes ou en excitent de nouvelles; c'est ainsi que toutes les révolutions politiques ou religieuses, les grandes découvertes ont produit un grand nombre d'aliénations mentales ».

C'était déjà l'opinion de PINEL (50), le grand aliéniste qui le premier abolit « l'usage gothique des chaînes de fer » et qui au cours de la Révolution de 1789 avait noté une efflorescence de troubles mentaux en rapport avec les événements ayant porté au plus haut degré la violence des passions publiques : « Les passions... germent de tant de désordres et de maux dans la vie sociale... sont susceptibles de divers degrés de force et de nuances infinies suivant le concours de quelque autre passion la sensibilité individuelle, les idées accessoires qui viennent s'y joindre ou la vivacité de la cause déterminante, mais elles ne dégénèrent en aliénation que parvenues à un très haut degré d'intensité, que par des passages brusques de l'une à l'autre ou des commotions en sens contraire ».

GUISLAIN (25), BONACOSSA, SCIPION PINEL, reflètent dans leurs ouvrages les mêmes opinions. ESQUIROL (19), tout en accordant aux causes morales une grosse importance, ne néglige pas les causes physiques et même admet une intrication fréquente de ces 2 ordres de causes. Parmi les premières la répercussion des événements sociaux dans le déclenchement de la folie, tels que les formes de gouvernements, l'édition de

lois nouvelles, la guerre ne lui semblent pas une étiologie digne de dédain. « Les commotions politiques en imprimant plus d'activité à toutes les facultés intellectuelles, en exaltant les passions tristes et haineuses, en fomentant l'ambition, les vengeances, en bouleversant la fortune publique et celle des particuliers, en déplaçant tous les hommes enfantent un grand nombre de folies. C'est ce qui a eu lieu en Angleterre il y a plus d'un siècle, c'est ce qui a eu lieu en Amérique après la guerre de l'indépendance; c'est ce qui a eu lieu en France pendant nos révolutions avec cette différence entre nous et les Anglais c'est qu'en Angleterre, selon MEAD, ce furent les nouveaux riches qui perdirent la tête tandis qu'en France presque tous ceux qui avaient échappé à la faux révolutionnaire ont été frappés par l'aliénation mentale. L'influence de nos malheurs politiques a été si constante, que je pourrai donner l'histoire de notre révolution depuis la prise de la Bastille jusqu'à la dernière apparition de BONAPARTE par celle de quelques aliénés dont la folie se rattache aux événements qui ont signalé cette longue période de notre histoire... Les commotions politiques sont comme les idées dominantes non des causes prédisposantes mais des causes excitantes. Elles mettent en jeu telle ou telle cause. Elles impriment tel ou tel caractère à la folie; mais cette influence quoique générale est momentanée. A la destruction de l'antique monarchie plusieurs individus devinrent aliénés par la frayeur et la perte de leur fortune. A l'époque des invasions de la France, la terreur produisit beaucoup de folies surtout dans les campagnes... »

Lui-même observa une femme devenue folle par suite des événements de 1815. DEMAZY observe un cas semblable après les événements de 1830. En 1848.

BRIERRE DE BOISMONT (6), BELHOMME (2), DELASIAUVE, etc... rapportent le cas de nombreux sujets qui à la faveur des bouleversement sociaux développent des psychoses d'allure aiguë et de symptomatologie dans la majorité des cas maniaques ou mélancoliques.

Dans le même temps et dans les années suivantes les statistiques mises à l'honneur par ESQUIROL se continuent avec PARCHAPPE (46), HARE et quelques autres qui dans 60 % environ des cas retrouvent une étiologie « morale », proportion s'élevant à 70 % chez la femme. Chez cette dernière, en effet, la sensibilisation émotive paraît plus marquée que chez l'homme.

Dans le plan social les psychoses d'ordre émotionnel réapparaissent avec plus d'intensité à l'occasion de la guerre 1870-71. Et la large fresque brossée par L'HOSPITAL (27) apparaît d'une actualité combien poignante !

« Les sombres épisodes de la guerre, les crises politiques qui les ont précédés, les luttes ardentes de la tribune et des clubs, la diversité d'opinions, les revers auxquels on n'était pas habitué, l'invasion territoriale et la dévastation qui en a été la suite, les levées générales, les migrations, les fatigues, les intempéries, les maladies épidémiques, l'amour-propre en jeu, l'ambition déçue, les intérêt généraux et particuliers, les appréhensions pour les liens de famille et ceux de l'affection, en un mot tout cela fondant coup sur coup sur un peuple nerveux et impressionnable qui naguère se regardait comme le premier du monde et tous ces événements se succédant avec une rapidité vertigineuse étaient de nature à ébranler bien des intelligences et à en faire sombrer un certain nombre ; aussi le chiffre

des cas de folie s'est-il positivement accru à cette époque. Les départements envahis qui ont de beaucoup le plus souffert donnent le contingent le plus élevé; puis viennent ceux qui n'ont eu à souffrir que d'un simple retentissement des calamités de la guerre.

On peut dire que toutes les classes de la société, tous les états, les 2 sexes et presque tous les âges ont été plus ou moins atteints. Après nos premiers désastres auxquels on était si loin de s'attendre il y eut une sorte de stupeur générale; le pays était dans l'inquiétude, l'oppression, l'attente, l'armée elle-même malgré son esprit excellent devant l'inutilité de ses efforts se ressentit de cette torpeur ».

LUNIER, MAGNAN, BOUCHEREAU (38), observent l'augmentation inquiétante du nombre des aliénés au cours de cette époque troublée. Au cours de cette période les cas de folie par prédisposition héréditaire ne furent que de 24 % au lieu de 63 % chiffre moyen ordinairement observé.

MAGNAN, BOUCHEREAU, après le siège de Paris et la Commune ont constaté dans le service de l'Admission de Sainte-Anne une majorité de mélancoliques, de paralytiques généraux ou d'alcooliques. Les répercussions bio-sociales se prolongent en une génération de sujets voués aux misères physiques et mentales.

UTCHEPARE en 1904 pendant la guerre en Uruguay observe également un accroissement de la population féminine des Asiles. La guerre ayant vidé les asiles d'une série d'aliénés et plus spécialement d'alcooliques. Des faits identiques sont observés pendant les guerres du Transvaal ou pendant la guerre Russo-japonaise. Pour SOUKHANOFF si les guerres n'ont pas créé en Russie de psychoses particulières, elles ont fait se

manifester plus vite des psychoses qui se seraient développées plus tard, comme par exemple la démence précoce, la paralysie générale. Dans la plupart des cas on a observé la présence d'un élément mélancolico-dépressif.

Pendant la guerre de 1914-1918, les chiffres relevés à l'Admission de Sainte-Anne montrent une augmentation du nombre des entrées. Il est en Août 1914 de 207 au lieu de 141 en 1911.

Les révolutions russe, perse et turque, les troubles d'Arménie, les progroms antisémites ou antichrétiens donnent lieu à des troubles mentaux variés, générateurs ou révélateurs d'états latents. Les grandes inondations ou les grands cyclones tels ceux qui aux U.S.A. ont ravagé le Minnesota et le Wisconsin et détruit 25 cités ont déclenché des confessions publiques avec de véritables scènes d'hystérie ou de folie collective.

D'autre part toute une série d'influences morbides puissamment nuisibles à la race se sont exercées après la guerre de 1914-1918 : influence du chômage, de la sous-alimentation, des misères prolongées qui la plupart du temps se sont traduits par une augmentation de la délinquance et spécialement de la délinquance infantile. Une enquête médicale suivie nous apprend que l'inquiétude sociale de l'heure a eu de multiples répercussions dans le domaine psychologique et psychopathique. (HARTENBERG, Pierre MARIE, GENIL-PERRIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LOGRE, etc...).

L'apparition de conflits sociaux avec édicition de lois nouvelles (1936) a été une nouvelle cause de perturbations pour les esprits. Et l'on a vu se développer à la faveur des événements sociaux, d'une atmosphère d'insécurité ou de surmenage matériel des psychoses,

à symptomatologie à vrai dire banale et survenant chez des sujets vulnérables mais qui en l'absence des événements auraient eu toute chance de rester indemnes.

La lutte des classes sociales s'est poursuivie dans les années qui viennent de s'écouler. A ces réformes sociales est venue s'ajouter en France une autre cause puissamment perturbatrice pendant l'année 1938 : la menace toujours suspendue sur nos têtes telle l'épée de Damoclès d'une guerre imminente. Une formule lapidaire : la guerre des nerfs a traduit toute l'angoisse d'un peuple devant la ruine et la mort et le facteur de déséquilibre qu'elle entraîne même chez le sujet normal. Ces causes que nous venons d'énumérer brièvement ont créé une ambiance, une atmosphère qui devaient retentir douloureusement sur les « têtes recommandées » et même sur les cerveaux indemnes.

Enfin, à la faveur de la défaite, du désarroi, de la panique qui a vu se développer une immigration en masse et sans précédent d'un peuple inquiet, décapité et pris d'une antique frayeur, elles nous ont apporté une série de documents qui doivent servir de contribution à l'étude de la psychiatrie par le développement de psychoses exogènes chez lesquelles l'étiologie émotionnelle par sa puissance, son étendue, le nombre forme une réalité incontestable et combien dramatique.



Cependant si la plupart des auteurs s'efforçaient de mettre en évidence le rôle des événements dans la genèse d'une série de psychoses encore mal définies, d'autres auteurs s'efforçaient d'en retrouver le mécanisme pathogénique. L'émotion fut considérée comme

essentielle et l'on s'appliqua à préciser son expression neuro-somatique. Certains auteurs s'appuient sur un substratum anatomique. Après une excitation se produit une hyperhémie encéphalitique entraînant une irritation et de l'insomnie, secondairement une inflammation. Si cette dernière n'est pas traitée par une thérapeutique convenable l'inflammation entraîne des lésions de chronicité. Telle est l'ingénieuse explication d'ELLIS (18).

Pour BROUSSAIS (8) l'irritation réagissant sur un cerveau impressionnable, celui-ci conserve trop longtemps les stimulations reçues qui finissent par créer un véritable état d'irritabilité. S'il s'agit d'un cerveau débile, le mécanisme en sera différent, il ne saura résister « aux impulsions violentes des passions, aux érections vitales excessives qui accompagnent les grands efforts d'attention et de mémoire ».

Pour POMME c'est le spasme, l'éréthisme ou le raccourcissement des nerfs qui créent l'état de réceptivité organique à des impressions psychiques.

CABANIS, BICHAT, VIREY font jouer un rôle important au grand sympathique dans la production des émotions.

MOREL (42) appelle son délire émotif : névrose du système nerveux ganglionnaire car « l'appareil nerveux ganglionnaire viscéral représente en effet d'après la juste remarque de M. le Docteur CERISE, les conditions générales de l'organisme, les besoins, les penchants qui constituent l'élément affectif ».

Pour FÉRÉ (21) le grand sympathique est l'organe périphérique des émotions et il ajoute « on paraît autorisé à dire que le grand sympathique préside à l'extériorisation des émotions. Mais nous n'avons pas

le droit de supposer les émotions sans leurs signes extérieurs : l'expérience nous montre en effet que chaque fois que la nécessité ou l'éducation atténue l'expression d'une émotion, l'émotion est elle-même atténuée. Si l'émotion ne peut pas être dissociée de son expression nous sommes menés à admettre que l'émotion est essentiellement un phénomène réflexe généralisé, dont la voie centrifuge est principalement le système grand sympathique... » Le centre de réflexion serait le système nerveux encéphalitique et plus spécialement les centres supérieurs. Et il en veut pour preuves la coïncidence des troubles moteurs et de l'émotivité avec des troubles vaso-moteurs.

Enfin notons que de tout temps, les auteurs ont essayé de localiser l'organe générateur des émotions dont le siège s'est confondu souvent avec celui de l'âme. Les organes les plus variés ont été successivement élus : le cœur, l'estomac, l'encéphale et dans l'encéphale les organes impairs et médians : septum lucidum, glande pinéale, pont de varole, etc... En particulier pour LALLEMANT les émotions sont déterminées par les vibrations du corps calleux. Plus tard, des théories anatomiques ont vu le jour : la région temporo-pariétale de la femme est plus développée que celle de l'homme. D'autre part, l'émotivité étant plus remarquable chez cette dernière, le siège des émotions ne peut être que ladite région (HUSCHKE) Enfin, JESSEN, COURMONT attribuent au cervelet la sensibilité émotionnelle.

Signalons, que l'émotion a été fréquemment incriminée comme étant à l'origine de troubles organiques : pour SÉNAC et CORVISART elle amène de l'hypertrophie du cœur et des lésions vasculaires. LANCEREAUX signale

des hémorragies multiples à la suite de la peur. HIGHMORE a vu une hémoptysie sous l'influence de la colère. GORTER vit une femme à laquelle une joie vive occasionna un crachement de sang que rien ne put arrêter.

Néanmoins DAGONET (13) dans son « Traité des Maladies mentales » s'élève violemment contre la distinction des causes morales et physiques dans les circonstances étiologiques de l'apparition de la folie, car l'homme possède en lui 2 modes d'existence intimement liés l'un à l'autre et qu'il est impossible au médecin de séparer d'une manière absolue : d'une part, l'homme obéit à des lois nécessaires, communes aux animaux; d'autre part il possède une vie psychique propre capable de diriger les mouvements de la vie organique. « L'âme ne prend conscience d'elle-même, de ses propriétés, de ses propres facultés que par son action sur le cerveau, ou plutôt qu'en se servant de l'intermédiaire de cet organe » (BUCHEZ).

Aussi cette division ne peut avoir, à son sens, qu'un but didactique. Les causes morales, terme très général, englobent une série d'influences de nature difficilement appréciable, dont l'action n'est pas moins difficile à saisir et à comprendre mais dont l'existence n'est pas moins évidente. Une conception aussi résolument uniciste de la vie organo-psychique est exceptionnelle.

Les premiers aliénistes ont rangé sous l'étiquette causes morales les états les plus variés : chagrins domestiques, misère, crainte, frayeur, le fanatisme religieux, les événements politiques, etc... PARCHAPPE à ce propos fait une critique des nomenclatures. Ainsi « les événements politiques ont été notés par MM. ESQUIROL, PARISSET, REVOLAT; ils ne figurent pas dans

les tableaux de MM. DESPORTES et EARLE. Et d'ailleurs que doit-on entendre par événements politiques, quand on les considère comme causes de l'aliénation mentale ? Est-ce la frayeur de l'ennemi ? Est-ce l'inquiétude pour sa fortune, pour ses honneurs, pour ses places, ou la perte de l'un de ces biens ? Est-ce le fanatisme politique suscité ? Est-ce le patriotisme déçu ? »

Les causes morales agissent par le mécanisme émotionnel, que ce dernier soit brutal ou progressif dans la production des troubles psychogènes. Les émotions ont joué un rôle diversement apprécié. Ce sont les émotions tristes et surtout celles qui agissent d'une manière lente et continue qui montreraient le plus de puissance dans la production des psychoses. Les émotions violentes agissent elles aussi mais de façon plus spectaculaire et plus saisissante. Sous la Révolution, 2 jeunes gens partirent pour l'armée; l'un fut tué près de son frère et ramené chez lui, l'autre bouleversé par ces 2 événements devint stupide à son tour raconte PINEL; un artilleur observé par MOREL qui « exposé pendant les journées de Juin au feu le plus terrible, resté seul de tous ses camarades sur la pièce qu'il servait, tomba immédiatement dans une profonde stupeur ».

Emotionnel pour TOULOUSE (59), apparaît bien l'accès de manie aiguë qui saisit brusquement un chasseur, lequel se croyait en sûreté dans un taillis et voit venir sur lui un cerf qui ne le blesse aucunement. On connaît les effets de l'émotion produite sur PASCAL par l'accident du pont de Neuilly. Les émotions gaies seraient rarement psychogènes.

FÉRE qui définit l'émotion « la représentation mentale d'états agréables ou d'états pénibles » essaie de fixer une limite entre la physiologie et la pathologie des émotions. Une émotion est morbide :

1°) « Lorsque ses accompagnements physiologiques se présentent avec une intensité extraordinaire; 2°) Lorsqu'elle se produit sans cause déterminante suffisante; 3°) Lorsque ses effets se prolongent outre mesure ».

D'autre part, il étudie le retentissement physique de l'émotion. Comme le fait remarquer Toulouse, « les émotions sont des commotions nerveuses dont les effets peuvent aller de la simple excitation que l'on remarque dans l'ivresse émotionnelle, jusqu'à la dépression qui se traduit par de la stupeur. Ce qu'on appelle les causes morales sont au plus haut point physiques; les états organiques qu'elles développent peuvent engendrer les troubles nerveux les plus variés plus ou moins durables et intenses selon la réaction du sujet ». LANGE, DUMAS montrent que l'émotion est la résultante de modifications organiques primordiales. Les deux phénomènes n'apparaissent plus contemporains, les troubles somatiques sont antérieurs à l'émotion. Les modifications respiratoires, circulatoires, tensionnelles, sécrétoires sont mises en évidence et soumises à l'expérimentation. « Toutes les passions ne sont autre chose que les divers degrés de la chaleur et de la froideur du sang » avait déjà noté La Rochefoucauld.

Peu à peu, l'organicité étend de multiples ramifications dans la pathologie émotionnelle. FÉRÉ veut « déterminer autant que possible les conditions physiologiques des émotions et démontrer que ces conditions sont identiques aux réactions somatiques qui résultent de l'action des agents physiques à l'influence desquels l'homme est soumis... ».

Il admet l'identité du choc physique et du choc moral, lesquels doivent nécessairement produire les mê-

mes accidents pathologiques d'ordre corporel ou intellectuel.



L'attention est donc attirée par les causes physiques trop longtemps dédaignées ou mises au second plan. Il y a dans les travaux de FÉRÉ un essai de localisation de l'émotion sur un terrain solide et une réhabilitation du « corporel ».

Les causes physiques à l'origine de l'émotion, à vrai dire, n'étaient point inconnues mais apparaissaient mineures. On sait depuis toujours le rôle de la fatigue, de la sous-alimentation, du surmenage dans la production d'états psychopathiques variés, mais surtout d'états de stupeur et de confusion onirique décrits pour la première fois par BECQUET, SAVIGNY à propos des survivants du radeau de la Méduse. César ne disait-il pas que d'un homme privé depuis trois jours de nourriture, il en ferait un poltron.

Le surmenage se traduit par l'épuisement des actions nerveuses, et par la dépression générale de la nutrition. Claude Bernard observe que sous l'influence de la fatigue, la sensibilité recorrente et la fonction glycogénique disparaissent. La sensation d'effort musculaire, de mouvement est particulièrement affectée, la sensibilité altérée. Des paralysies par épuisement sont décrites chez des hystériques et des explorations dynamométriques entreprises. On compare le surmenage à certains états névropathiques. Messo fait la symptomatologie des états de fatigue intellectuelle ou physique qui se traduisent par des signes identiques: anémie cérébrale, faiblesse des muscles, plus grande irritabilité. L'individu devient aprosexique, incapable de

fixer quelque temps son attention sur un sujet; il est parfois halluciné.

TOULOUSE élargissant la conception de FÉRÉ estime que la plupart des agents provocateurs de l'hystérie et l'on pourrait ajouter des psychoses devraient être ramenés à un type d'action : la fatigue. « la dépression des phénomènes vitaux ». Ces états d'épuisement depuis le soldat de Marathon ont été observés dans des performances après des exercices corporels violents déclenchant un état « d'ivresse sportive ».

Les états d'inanition réalisés par un défaut d'activité nutritive sont entièrement comparables aux états de surmenage et de sous-alimentation. Dans les cas extrêmes, ils ne sont réalisés que dans des circonstances exceptionnelles (voyages, explorations, campagnes, ou dans les états d'inanition volontaire (grève de la faim). L'onirisme y prend un aspect fantasmagorique, féérique. L'érotisme s'y manifeste, ainsi qu'une assez curieuse euphorie. Les inanitiés passent par plusieurs phases : c'est d'abord une phase d'exaltation malade, un mentisme particulier. Ensuite, se produisent des troubles de l'humeur (irritabilité, méfiance, agressivité). Puis c'est la phase du cauchemar ou plutôt du rêve onirique avec mécanisme compensateur (aliments, festins, sources abondantes, visions voluptueuses). Enfin la période de stupeur.

FLAUBERT décrit cet onirisme dans *Salammbô*.

Une alimentation insuffisante prolongée, sans jamais donner d'inanition proprement dite, entraîne un état de misère physiologique, avec anémie et amaigrissement. Elle crée une vulnérabilité spéciale de l'organisme qui se traduit par le défaut de résistance aux agents physiques et aux germes infectieux.

L'insomnie, par un mécanisme analogue à celui de la fatigue, réalise un état de prédisposition nerveuse. Le sommeil réparateur naturel de toutes les forces est aussi nécessaire que l'alimentation.

Signalons que tous les auteurs au premier rang des causes physiques ont placé les troubles menstruels (BRIERRE DE BOISMONT) et insisté sur l'importance de ces troubles dans les maladies mentales en général. MOREL cependant, constate que l'aliénation n'est pas toujours liée à la menstruation. Car beaucoup de malades chez lesquelles on a constaté la suppression des règles, guérissent avant que celles-ci ne réapparaissent ou continuent à délirer alors que la menstruation est rétablie.

Enfin, nous citerons pour mémoire, la puerpéralité, les traumatismes, et les conditions météorologiques incriminés depuis les premiers aliénistes comme facteurs efficients ou occasionnels dans la genèse des psychoses.



Peu à peu en l'espace d'un demi-siècle environ (1806-1857) l'importance des causes morales agissant par le mécanisme émotionnel psychogène, décroît chaque jour davantage. Dans un premier stade MOREAU DE JOUËS (41), FALBERT (20) donnent la prééminence aux « causes physiques ». Bientôt après MOREL, LEGRAND DU SAULLE croient à la nécessité d'un terrain taré héréditairement dans ses composantes psychiques ou physiques ou de débilité constitutionnelle. Seuls, quelques auteurs comme GRIESSINGER (24), BAILLARGER restent dans la note traditionnaliste encore que GRIESSINGER dégage la notion de constitution « ner-

veuse » congénitale ou acquise qu'il substitue aux quatre tempéraments de l'ancienne pathologie humorale. Dans son « *Traité des Maladies mentales* » il a dépeint ainsi cet « état du Système nerveux central que l'on pourrait définir une disproportion entre la réaction et l'irritation. Cet état peut être localisé dans certaines parties du système nerveux central, du côté de la moëlle par exemple ou du côté du cerveau, mais il se fait très souvent sentir aussi sur tout l'ensemble des actes nerveux ».

PARCHAPPE pourtant, ardent partisan de l'émotion psychogène, après un parallèle avec l'homme bien organisé, admet une prédisposition dans les organisations médiocres ou défectueuses dont les facultés incomplètes ou disproportionnées sont également impuissantes à maîtriser les passions et à triompher de la douleur. la raison succombe au premier choc ».

Il se dessine donc un mouvement d'opinion tendant à étudier les phénomènes de plus près, à voir dans le trouble morbide, autre chose qu'une réaction à des excitations émotionnelles variées; mouvement tendant à les étudier en fonction d'un terrain. L'étude du terrain intéressante en soi, dans l'étude des psychoses d'une manière générale, nous apparaît doublement importante dans celle déclanchée à la faveur des événements extérieurs et qui sont vraiment représentatives de la psychose émotionnelle. La tare héréditaire, le terrain, la constitution est-elle nécessaire dans la production de ces psychoses? Ce problème que nous verrons ultérieurement nous a conduit à dégager brièvement les notions d'hérédité, de dégénérescence et de constitution dont quelques-unes sont toujours à l'honneur.

Pour MOREL en dehors des folies névrosiques, sym-

pathiques et idiopathiques toutes les folies constituent des aliénations héréditaires. Il dit notamment « ma conviction actuelle est que les aliénés renfermés dans nos asiles ne sont dans la majorité des cas que les représentants de certaines variétés malades dans l'espèce modifiable dans quelques circonstances, immodifiables dans d'autres. Quelle que soit au reste l'origine de leur affection ils sont tous plus ou moins frappés au coin de cet état dégénératif qui les présente à l'observation avec la plupart des caractères propres aux maladies de longue durée et dans lesquelles domine la redoutable influence des prédispositions héréditaires ».

FALRET, BUCHEZ se rallient entièrement à la doctrine de MOREL et recherchent avant tout le substratum mental tout comme l'avaient déjà fait Prosper LUCAS et MOREAU de TOURS. Mais c'est le mérite de MOREL d'avoir envisagé l'hérédité dans sa transmission dissemblable, d'en avoir fait une sorte de diathèse dont on devait retrouver la trace chez tous les participants d'une même famille.

Et c'est ainsi que très rapidement s'intègre en psychiatrie la notion de dégénérescence dont le problème est déjà posé.

« La dégénérescence est l'état pathologique de l'être qui comparativement à ses générateurs les plus immédiats est constitutionnellement amoindrie dans sa résistance psycho-physique. »

MAGNAN et son élève LEGRAIN (39) se sont attachés surtout à analyser le côté clinique de la Dégénérescence c'est-à-dire l'état mental du dégénéré, les stigmates dont il est porteur, les obsessions, les impulsions et les

syndromes épisodiques caractéristiques de sa manière de réagir au trouble morbide.

Pour eux si on ne trouve pas la prédisposition héréditaire il faut admettre un terrain : terrain de moindre résistance créé à la faveur de l'intervention de moments étiologiques accidentels très puissants. « On conçoit très bien qu'une série ininterrompue de chocs moraux : revers de fortune, perte de personnes chères, la misère physiologique, les affections chroniques épuisantes de longue durée, des maladies aiguës graves à convalescence longue et pénible, des intoxications anciennes et l'alcoolisme, le morphinisme, etc... puissent placer l'organe central en état d'opportunité morbide, dans un état de moindre résistance. Mais on remarque ici l'importance énorme et vraiment exceptionnelle que prend cette cause préparante. L'énergie de la cause immédiate est telle ici qu'elle se confond en somme avec une cause prédisposante ». (MAGNAN, LEGRAIN.)

Nous n'insisterons pas sur ces conceptions qui certes ont permis une tentative fructueuse de groupements des maladies mentales mais qui sont trop connues pour que nous ne puissions faire autrement que d'en rappeler l'essence.

Cependant au début de ce siècle peu à peu s'est échafaudée la doctrine des constitutions ou « groupe défini de tendances psychiques faisant partie de la personnalité innée du sujet, se manifestant de la façon la plus précoce, et dès les premiers linéaments de la vie, se continuant tout au long de l'existence, s'extériorisant par des réactions légères ou marquées, affectant par rapport aux autres groupes de tendances toutes les formes et toutes les combinaisons réciproques ». suivant la définition qu'en a donnée DELMAS (14)

aux Congrès de Neuro-psychiatrie de Limoges en 1932.

KRAFT-EBING avant KRAEPELIN et WILLMANNs qui ont bien décrit la constitution paranoïaque note que la Paranoïa « représente pour ainsi dire une hypertrophie du caractère normal ». KALBAUM et HECKER ne sont pas étrangers à la notion de cyclothymie mieux exposée ensuite par KRAEPELIN. DENY, Pierre KAHN en France, TANZI, RIVA, en Italie complètent ces diverses descriptions, la constitution perverse connue sous le nom de folie morale (PINEL, PRITCHARD, MAUDSLEY, etc...) la constitution émotive de DUPRÉ, et la schizoïdie de CLAUDE sont successivement isolées.

De toutes les constitutions celle qui se rattache directement au problème de l'émotion dans la genèse des Psychoses qui font l'objet de notre étude, est la constitution émotive bien décrite pour la première fois par DUPRÉ à la Société de Neurologie en 1909 et 1910.

Pour DUPRÉ (17) : c'est un « mode de déséquilibre du système nerveux caractérisé à la fois par l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, en vertu duquel l'organisme présente aux ébranlements qui sollicitent sa sensibilité des réactions anormales par leur vivacité, leur expression et leur durée et se montre ainsi plus ou moins incapable de s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues, aux milieux nouveaux ». Si certains sujets sont capables de s'adapter par leur indifférence, leur apathie ou simplement par la stabilité de leur équilibre, les émotifs, eux, dépassent les « effets utiles de l'ébranlement psychique ». Et à ce sujet il faut remarquer que les dispositions émotives sont éveillées par les intoxications, l'épuisement, etc... et que d'autre part « l'émotivité

multiplie les effets de l'émotion, l'émotion si elle est intense et durable, peut créer l'émotivité au moins à titre temporaire... toute émotion sensibilise le système nerveux vis-à-vis des émotions ultérieures. Enfin c'est le substratum anatomique d'états psychonévrotiques au meilleur rang desquels est l'anxiété.

Le rôle de l'émotion est singulièrement agrandi par SÉGLAS et BARRAT (56) (1913) qui lui accordent une efficience dans les psychoses réactives mais aussi dans l'hébéphrénocatatonie, les délires chroniques, etc...

Pendant la guerre de 1914-18 innombrables ont été les travaux sur l'émotion psychogène tant en France qu'à l'étranger. Nous nous contenterons de signaler le syndrome émotionnel dégagé par MAIRET et PIÉRON, les thèses de VACHET (61) et RENAUX (54), les travaux de LÉPINE (35), GRASSET, CLAUDE, DIDE, LEJONNE, VOIVENEL, DUMAS (16), DELMAS, etc...

MIGNARD et OLIVIER, Gilbert BALLET et ROGUES de FURSAC, MILLIAN, et surtout le rapport de CAPGRAS, JUQUELIER et BONHOMME (9). Ces derniers admettent le rôle prédominant et peut-être exclusif du choc, sans prédisposition constitutionnelle ou acquise, et la facilité d'acquisition de ce dernier par la fatigue, le changement d'habitudes, la mauvaise hygiène, etc... D'autre part l'émotion agirait en déterminant des insuffisances glandulaires réflexes.

Les auteurs modernes, NATHAN (44) (45) (1927), après une comparaison entre la psychasthénie et la diathèse émotive pensent que cette dernière est acquise par une sorte de plasticité de l'esprit à réagir aux émotions.

URECHIA (60) (1931) dans certains cas, invoque un mécanisme psychanalytique. Mlles PASCAL et DES-

CHAMPS (47) décrivent les psychoses de sensibilisation évoluant sur une constitution « qui n'est pas une prédisposition spéciale, une dysnergie, un processus de directions anormales, une possibilité d'organisation morbide. Au point de vue biologique elle est une tare humorale et psychique en équilibre instable qui rend les sujets particulièrement vulnérables à l'égard des émotions et des agents de choc. Ces possibilités dynamiques, réactionnelles sont constituées par le choc brusque ou par l'imprégnation lente, progressive et profonde des émotions répétées. Les chocs protéiniques de la fatigue, et des maladies toxi-infectieuses peuvent s'associer aux émotions ».

Enfin pour LÉVY-VALENSI (36) le choc moral détermine des manifestations variant avec les constitutions mentales.

En résumé :

Les causes morales après avoir été incriminées dans le développement de toutes les formes psychopathiques ne sont plus rendues responsables que des psychoses dites « réactionnelles » suivant une terminologie récente.

Le choc affectif est tout, les modalités d'action physiologique, le substratum anatomique qu'il emprunte sont longuement étudiés, puis un courant divergent se dessine; *les causes physiques exceptionnelles* semblent devoir pour quelques auteurs être responsables des désordres psychologiques.

Enfin la conception très générale de la dégénérescence, de l'hérédité morbide, puis des constitutions morbides, héréditaires ou acquises devaient marquer fortement les derniers essais pathogéniques sur les psychoses en réaction avec les événements.

OBSERVATIONS

De la lecture de l'ensemble de nos observations se déduit aisément l'importance des facteurs psychiques et physiques dans la genèse des psychoses.

Aussi avons nous pu établir la classification suivante :

1°. — Psychose d'épuisement somatique : c'est-à-dire celle où l'élément physique (surmenage musculaire dénutrition) est prépondérant;

2°. — Psychose d'épuisement psychique : l'émotion est ici au premier plan;

3°. — Psychose d'épuisement somato-psychique : les facteurs physiques et psychiques sont ici étroitement liés et on ne saurait donner à l'un ou à l'autre une part prépondérante dans la genèse de tels états.

I. — *Les psychoses d'épuisement somatique.*

OBSERVATION I

Cas Juliette

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Depuis le mois de novembre 1939, Juliette, 30 ans, travaille aux Usines Citroën (11 à 12 heures par jour). Elle s'inquiète beaucoup de son mari, mobilisé depuis le dé-

but de la guerre. Le 3 juin 1940, jour du bombardement de Paris, elle est là, lorsque l'Usine est atteinte par des projectiles. Cependant, elle n'en est pas émue outre mesure. Elle a seulement des cauchemars durant deux nuits et rêve de guerre et de bataille .

Lundi, le 10 juin, après avoir touché sa paye, elle prend l'apéritif. Sa concierge lui offre de la salade. Le lendemain elle éprouve des brûlures d'estomac, sa langue est chargée. Sûrement elle est intoxiquée; on a agit par suggestion sur son cerveau. Il y a du louche. D'ailleurs elle ne comprend rien à son changement de service chez « Citroën ». Elle est épuisée par le travail: sa compagne de « chaîne » est trop paresseuse. Enfin, elle voit partout des « Boches ».

Elle est hospitalisée par les soins de son ancien patron à l'Hôpital Henri-Rousselle. Elle est anxieuse, mais a une conscience partielle de son état morbide.

Examen : Réflexes pupillaires et tendineux normaux, pouls rapide, langue suburrale; examen des urines et du sang: négatif. Amaigrissement important: 10 kilogs au cours de ces derniers mois et surtout au cours de la dernière semaine.

Le lendemain: elle est calme mais reste asthénique. Le sommeil est normal. Elle rectifie ses idées délirantes. Bien orientée. Amélioration rapide des signes psychiques et physiques. Sortie le 27 juin, soit 15 jours après son hospitalisation.

Antécédents :

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux. La malade fréquente régulièrement l'Ecole mais n'a pas été reçue à son C. E. P. Cependant intelligence moyenne. N'a jamais été nerveuse; nature plutôt froide. Réglée depuis l'âge de 14 ans. Ses règles sont irrégulières, peu abondantes et durent 4 jours en moyenne. Pas d'éthyle : dit ne prendre l'apéritif que de façon exceptionnelle (?) Elle a exercé le métier de fleuriste; peu après la déclaration de guerre est entrée aux Usines Citroën comme contrôleuse.

Marié depuis 12ans. Mari (B. P.) mobilisé actuellement. Bon ménage. 1 garçon: 5 ans (B. P.), en nourrice.

OBSERVATION II

Cas Louise

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Voici l'histoire clinique :

Le 12 juin 1940, Louise, 36 ans, est très effrayée par les propos de la Directrice d'Ecole de V... (petite ville de Seine-et-Oise) où habite la malade, qui lui dit que Paris va être encerclée. Sur les conseils de cette dernière, elle part avec son fils, âgée de 12 ans, poussant devant elle la voiture où se trouvait sa petite fille âgée de 13 mois. Elle couche à Paris dans un Centre d'Accueil. Le lendemain, elle se réfugie chez sa belle-sœur; mais n'y reste qu'un jour, car elle s'entend très mal avec elle en raison de leurs opinions politiques divergentes.

Le 14, très fatiguée par une marche de 30 kilomètres environ, depuis son départ de V..., et par les privations de toutes sortes qu'elle a subi depuis le début de la guerre, et sans refuge, elle se rend chez le Commissaire de Police du XI^e arrondissement qui la fait coucher dans un hôtel tout proche. La première nuit se passe fort bien; mais la maison l'intrigue. Elle a déjà rencontré sur la route de L... la patronne de l'hôtel. D'autre part, ce n'est pas la même femme. Elle lui semble plus âgée qu'à leur première rencontre: ses cheveux sont gris. Elle a dû enlever sa perruque, suivant l'explication de son fils. Elle est, par ailleurs, bigarre. « Elle a pleuré en me voyant, parce qu'elle me trouvait faible, et c'est cela que je n'ai pas compris... Elle a tout mis à ma disposition: l'électricité, le gaz, m'a donné une casserole pour préparer la bouillie de ma fille... Je ne comprends pas, c'est un vrai mystère... Jusqu'à présent personne ne m'a rien donné... puis elle m'a forcé de signer des papiers avec des en-têtes en langue étrangère. J'ai signé deux feuilles et j'en ai déchiré une à laquelle elle avait ajouté un petit trait et cela faisait la signature de mon mari ». Elle reconnaît des agents de V... mais n'en est pas certaine et voit des Algériens qui tournent autour d'elle d'un œil louche. La deuxième nuit d'hôtel s'est très mal passée. Elle est ré-

veillée en sursaut par une odeur de gaz et ne peut se rendormir. Le 16, elle est hospitalisée à Tenon par les soins de la propriétaire de l'hôtel. Là, persistance du sentiment d'étrangeté de l'ambiance et agitation psycho-motrice qui la font mettre le lendemain aux agités. Elle l'explique par une vengeance de la Surveillante de nuit qui, en réalité, est une de ses parentes et qui est jalouse d'elle parce qu'elle est honnête. Elle est obligée de supporter les sarcasmes d'un infirmier corse comme son mari. Ce dernier a dû avoir une dispute avec lui ou « c'est une histoire de vendetta ». D'autre part, elle a très peur, car elle est entourée d'agités qui poussent des cris et l'empêchent de dormir. On lui a fait une piqûre, elle refuse, se débat, et reste très inquiète ensuite. Entend le Docteur S... dire « ce sont des troubles psychiques occasionnés par la très grande marche, la fatigue et les privations ». Elle est insomniaque, mange à peine.

Des interprétations rétrospectives multiples se mêlent à des idées délirantes. Elle se rappelle, en effet, certains menus faits survenus depuis 2 ans environ et auxquels elle n'avait pas prêté à ce moment-là l'attention qu'ils méritent. Des voisins l'ont forcé à faire piquer son chien et depuis on s'introduisait toujours dans son jardin. On lui a volé des légumes, une lessiveuse, elle a failli tomber dans un puits et quelque temps après le puits était « infecté de vers ». Elle a failli être enlevé ainsi que son fils, etc...

Dans son lotissement est venu habiter une femme très aimable, mais portant un nom étranger. A peut-être eu tort de se confier à elle. « Je ne sais pas si tout ceci ne serait pas l'œuvre d'espions. ». « Il y a un mystère ».

Au bout de 15 jours d'hospitalisation, son état physique est très amélioré. Elle est envoyée à « Henri-Rousselle » à fin de consultation. Elle conserve encore ses idées de persécution et un sentiment très vif d'étrangeté de l'ambiance. Dysmnésies.

Examen à l'entrée :

Cyanose des lèvres.

Amaigrissement. Langue saburrale.

Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Traces d'albumine dans les urines.

Réactions sérologiques négatives.

Pouls: 76; T. A. : 12-6 1/2.

Après une semaine d'hospitalisation, Louise est encore émotive. Elle n'a pas rectifié complètement son délire. Cependant l'appétit et le sommeil sont revenus. Elle est bien orientée, désire vivement retrouver ses enfants.

Sa sortie sera envisagée prochainement.

Antécédents :

Héréditaires. Père, coiffeur, 51 ans, alcoolique (?), mort à 51 ans d'une congestion pulmonaire consécutive à une intervention pour hernie étranglée.

Mère, 74 ans, rhumatisante. Enucléation ancienne d'un œil. B. p.

Collatéraux. — 2 sœurs.

1) 42 ans. Souffre l'algies lombaires. A fait un état dépressif à la suite de la mort, dans un accident de chemin de fer, de sa fillette, âgée de 13 ans. Se plaint de troubles passagers de la mémoire.

2) 41 ans. A 5 enfants, dont un est arriéré, est placé dans une école de rééducation professionnelle.

1 Frère,

Agé de 40 ans. Maçon. A eu une fièvre muqueuse et un ictère à l'âge de 10 ans.

Personnels. — Nature peu nerveuse aux dire de la malade. Serait violente d'après sa sœur. Apparaît suggestible. Fond léger de débilité mentale.

Pathologiques. — Enurésie nocturne jusqu'à 8 ans. Réglée depuis 16 ans, régulièrement.

Familiaux. — Mari buveur. Serait très « dur » pour sa femme.

O B S E R V A T I O N III

Cas Marie dite Jeanne

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Notre malade âgée de 29 ans part précipitamment le 13 juin au petit matin avec ses deux enfants (12 et 16 ans). Elle se rend à pied de Gennevilliers à la gare de

Lyon pour prendre le train car elle a trois billets d'évacuation

Elle stationne deux journées et une nuit entière devant la gare sans prendre de nourriture dans l'espoir du départ d'un train. Son attenté est vaine, car ces derniers sont arrêtés depuis l'entrée des troupes allemandes à Paris. Elle se réfugie dans la soirée du 14 juin dans un centre d'accueil et peut s'alimenter légèrement. Elle passe la nuit sur un banc. Les deux enfants ont une paille pour dormir. Toute la nuit elle est dans l'agitation la plus vive : « Je ne me suis pas sentie en sécurité, j'ai entendu toute la nuit des injures, des mots grossiers et des cris semblables à ceux poussés par une personne qu'on égorge. » C'est bientôt l'heure... un coup de pétard et puis ça y est ». J'ai eu l'impression que parmi ces gens surexcités il se préparait quelque chose. J'ai cru qu'on allait me tuer, car tout cela était pour moi ».

Elle a eu très peur de « sidis », elle a crû qu'ils voulaient abuser d'elle et a brandit un couteau pour se défendre. Le lendemain matin, épuisée par une nuit entière d'insomnie, elle a une crise excito-motrice.

Elle est hospitalisée une⁸ heure à l'Hôpital St-Antoine.

Elle repart parce qu'elle est trop inquiète pour ses enfants. Au centre, les gens lui font grise mine et commentent ses moindres gestes, continuent à l'insulter « entre dents ». « Elle est sale, menteuse, etc...

Elle récite son chapelet, va à la messe le dimanche matin; rend de menus services; ses faits et gestes sont tous dénaturés. De guerre lasse, elle demande des explication à son fils qui lui dit qu'elle se trompe, que tout ceci n'est pas pour elle.

Interprétations multiples : entend dire (fais donc le miracle... Elle ignore qu'il nous a donné tous les détails), (II) c'est sûrement son fils qu'a-t-il dit? » Elle ne comprend pas et cherche à percer le mystère qui l'environne. Elle ressent avec une acuité très variable les modifications de l'ambiance. Les gens sont parfois aimables, mais c'est sûrement pour la retenir. Le 17 juin, elle est hospitalisée à Henri-Rouselle. Elle est anxieuse et très agitée. hallucinée, on essaie de lui faire avouer des choses, en particulier qu'elle est une femme de mauvaise vie

« qu'elle a menée une vie pire que celle qu'elle a menée ». On veut la faire mourir, mais ne comprend pas dans quel intérêt la société la ferait disparaître.

Examen : Réflexes pupillaires et tendineux normaux,
Pouls : 80,

Eczéma chronique des mains,
Albuminurie, réactions sérologiques négatives,
Constipation.

Dès le 18 au matin, l'agitation tombe: la malade dort.

Cependant, le pronostic doit être réservé car si cet épisode aigu est en voie de disparition, la malade présente des tendances paranoïaques.

En 1937, après un état dépressif occasionné par la mort d'un amant et la mésentente conjugal, elle s'est mise à interpréter les faits, gestes et surtout dires de son entourage. Dans toutes les conversations, elle croit qu'elle est en cause de façon détournée. On fait tout ceci pour lui faire avouer « sa faute » ou pour lui faire dire qu'elle a eu de nombreux amis ou fait des fausses-couches.

Antécédents :

Héréditaires. — Père, 58 ans, terrassier, B. p.

Mère, 55 ans, B. p.

Collatéraux. — 1 Frère, 33 ans, profession louche,

1 sœur, 25 ans, B. p.

Personnels. — Active, volontaire, méfiante.

Tendance dépressive aux dires de la malade.

Pathologiques. — Maladies de l'enfance :

A 20 ans, crise névropathique pendant sa deuxième grossesse et à l'occasion des règles; cessent à la troisième grossesse.

En 1937, état dépressif après la mort d'un ami intime.
Auto-accusation et crise de mysticisme.

1 accouchement aux forceps.

Réglée depuis l'âge de 13 ans. Règles régulières, mais douloureuses depuis son mariage. Durée 5 jours.

Familiaux. — 3 enfants.

1) 13 ans. — A eu une broncho-pneumonie à l'âge de 2ans. Opéré des amygdales;

2) 8 ans, « nerveuse », Opérée V. A. et amygdales;

3) 6 ans. Pyrexie (?).

Mari, 36 ans, chauffeur-mécanicien, buveur, faisait un très mauvais ménage.

Scolaires. — C. E. P. à 12 ans 1/2.

Professionnels. — Couturière jusqu'à 24 ans.

OBSERVATION IV

Cas Thérèse

(HÔPITAL PSYCHIATRIQUE STE-ANNE)

Service du Dr Simon

L'histoire clinique de notre malade est la suivante :

Thérèse habite avec son mari et ses deux fils, une petite maison sise à E... non loin de Paris. Le mari, artisan bijoutier, a un petit atelier à Paris où il se rend chaque jour.

Le 10 juin, la malade, par crainte des bombardements très proches de Pontoise et effrayée par le passage incessant des avions dans le ciel s'installe dans le petit atelier de son mari.

Le 12, ne se sentant pas en sécurité, elle décide son départ pour Lyon où sa belle-sœur lui offre l'hospitalité; L'arrêt des trains l'oblige, elle, et toute sa famille à partir à pied. Ils doivent se rendre à Fontainebleau et là ils trouveront un train qui leur permettra de gagner Lyon. Sur les routes encombrées ils mettent 4 jours pour atteindre les environs de Fontainebleau sans jamais parvenir d'ailleurs à cette dernière ville. Ils passent la première nuit de leur odyssée à la belle étoile dans un champ; la deuxième nuit, joie inespérée, dans une chambre du petit village de Chilly. Cependant cette nuit se passe dans une attente anxieuse. Toute la nuit ils entendent le bruit du canon, bruit si proche qu'il leur semblait à chaque instant que les obus éclataient sur leurs têtes.

Le lendemain, les troupes allemandes les obligent à

retourner sur leurs pas. Au cinquième jour de leur départ, le 18 juin, le mari inquiet du comportement de sa femme la fait hospitaliser à l'hôpital de Corbeil. En effet, depuis 48 heures environ, elle est bizarre. Elle marche droit devant elle comme une automate, insensible en apparence à la fatigue. Elle parle sans cesse en marmottant à voix monocorde dans son patois alsacien, ou s'exalte, criant : « au secours, ils vont nous tuer, nous voler... je veux mourir avec mes enfants... Nous n'avons jamais fait de mal à personne, nous ne savons pas pourquoi ce malheur nous arrive, pourquoi on nous poursuit. Il y a un complot contre nous... » Elle se croyait non seulement poursuivie et traquée par tous ceux qui marchaient derrière elle mais encore s'attendait à être tuée la nuit.

A l'hôpital, on la met dans une cellule car ses cris ont empêché ses voisines de lit de dormir, et bientôt après, elle est portée sortante. Nos réfugiés mettent deux jours à faire le trajet Corbeil-Paris. A son arrivée, la malade s'alite, l'agitation persiste. Après trois jours de soins sans résultat elle est hospitalisée successivement à Lari-boisière (4 jours), à l'Hôpital Henri-Rousselle, où le tableau clinique n'a pas varié sensiblement et enfin à l'Hôpital psychiatrique Ste-Anne.

Le 28 juin, le certificat d'internement (Dr Badonnel) mentionne :

« Etat anxieux. Semi-mutisme, profère quelques mots en allemand. Auto-accusations : se reproche de faire du mal, d'être injuste. Peur qu'on martyrise.

Agitation par intervalles... Poussée thermique à 39,8 le lendemain de l'entrée. Défervescence actuelle. Urée sanguine: 0,86 ».

L'examen montre un état général précaire, avec déshydratation. Les pommettes sont colorées, les lèvres couvertes de fuliginosités, la langue rôtie. Sudation intense. Pouls petit, rapide. T. A. 13,5-8 T° aux environs de 38°.

Le 29 juin. L'état général est stationnaire.

La malade est toujours agitée, très anxieuse, onirique par intervalles, profère des mots incompréhensibles ou des lambeaux de phrases : « Je ne peux plus marcher... je ne sais plus... je veux partir... »

L'attention volontaire est impossible à fixer. La malade ne répond à aucune des questions qu'on lui pose. Semble désorientée.

Le 4 juillet. L'état général est amélioré. Cependant la température est encore élevée et se maintient en plateau aux environs de 38°.

L'agitation est moins vive, l'anxiété n'est plus au premier plan du tableau clinique. La malade ne répond toujours pas (ébauche d'attention volontaire) : mais opine de la tête lorsque nous lui parlons de son mari.

Urée sanguine: 0 gr. 75.

Le lendemain: 0 gr. 60.

Le 6: signe de congestion des bases.

L'examen des urines montre la présence de sucre, albumine.

L'urée est à 40 gr. 0/00.

Le 7: poussée congestive; masque ecchymotique cervico-facial.

Pas de dyspnée marquée. Se plaint de douleurs diffuses.

Réclame la mort: une piqûre.

Le 8: Amélioration de l'état général.

Examen des urines :

Urée: 28 gr. 5 0/00;

Traces d'albumine;

Glucose, 44 gr., 8 0/00.

Le 9: Abattement et asthénie, mais confusion en voie de disparition.

Amnésie lacunaire: ne sait pas pourquoi elle est ici à l'hôpital.

Température persistante du 29 juin au 9 juillet.

Le 11: Température en voie de décroissance.

Bon pronostic malgré l'état somatique encore grave.

Antécédents:

Héréditaires. — Père, mort à l'âge de 55 ans d'une fracture de la colonne vertébrale.

Mère, à 72 ans; a des crises d'épilepsie depuis 25 ou 30 ans.

Collatéraux. — 3 filles : 53, 48 et 43 ans. B. P.

2 enfants sont morts : 1 garçon : 16 ans (noyade accidentelle) ; 1 fille (6 ans de (?)).

Personnels. — N'a jamais été malade. Pas d'antécédents psychopathiques.

2 fils : Jacques, 17 ans. Très robuste. C. E. P.

Paul, 14 ans. B. P. Intelligent.

OBSERVATION V

Cas Fernande

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Fernande est au « Sanatorium de Haincourt » où elle est traitée pour une tuberculose pulmonaire déjà ancienne. Entre le 5 et le 10 juin 1940 les pensionnaires du Sanatorium vivent inquiets sous le bombardement très proche. Depuis une semaine, Fernande a perdu l'appétit ; elle ne dort plus, car les Allemands ont à plusieurs reprises lancé sur eux des tablettes incendiaires. Pendant deux jours, elle a couché dans les bois sous la canonnade. Le 9, elle doit quitter le Sanatorium trop exposé et se rend à Neuilly-sur-Seine, chez une de ses parentes. Le 10, dans la journée elle est prise brusquement d'une sensation d'oppression. Elle suffoque, ses paupières sont rouges. Elle éprouve des brûlures dans les yeux. Elle est sûrement gazée. Elle se croit perdue, et sans aucun doute, au moins défigurée. Dans un raptus anxieux, elle essaie de se sectionner les veines du poignet. Mais sans résultat. Pour hâter une mort ardemment désirée, elle se jette par la fenêtre du haut du deuxième étage et n'a que quelques ecchymoses sans aucune importance.

D'autre part, elle entend des voix, clamant la présence des Allemands. Ces derniers insultent des femmes. Elle est bientôt hospitalisée au milieu des signes de la plus grande anxiété. A ses hallucinations se mêlent quelques interprétations. Elle a vu passer un Monsieur en blouse blanche qui cherchait à se donner l'air d'un Méde-

cin et qui doit être un Allemand déguisé. Elle supplie qu'on la tue; plutôt la mort qu'être défigurée.

Dans les 10 jours qui suivent, disparition rapide de l'anxiété et des idées délirantes. Actuellement, la malade est calme. l'appétit et le sommeil sont revenus.

L'examen révèle une bacillose pulmonaire avec état général satisfaisant. Pneumothorax d'entretien. (300 cc. tous les 15 jours). Sa sortie est proposée.

Antécédents:

Héréditaires. — Père mort pendant la guerre 1914-1918, d'une pleurésie purulente.

Mère morte à l'âge de 54 ans d'une congestion cérébrale.

Personnels. — Soignée depuis 7 ans pour tuberculose pulmonaire. A séjourné pendant deux ans 1/2 en qualité d'infirmière et de malade au Sanatorium de « Saint-Martin-en-Tertre » (Seine-et-Oise) et celui « d'Haincourt » où elle était depuis le 18 décembre 1939.

1 enfant. A accouché en mars 1940 d'un enfant prématuré (7 mois 1/2). Accouchement par le siège.

Collatéraux. — 2 sœurs bien portantes.

Pas d'hérédité vésanique.

Conclusions. — Cette malade tuberculeuse depuis 7 ans, accouchée récemment d'un enfant prématuré a vécu pendant plusieurs jours dans des conditions difficiles; insomnie, alimentation insuffisante, fatigue musculaire. Ce n'est que deux jours plus tard que l'anxiété a pris une allure franchement morbide et que sont apparus les premiers signes d'un petit épisode confuso-onirique.

Il nous semble donc que dans ce cas, chez cette femme psychiquement normale, on peut parler de psychose d'épuisement somato-psychique. L'anxiété toute naturelle éprouvée sous le feu de l'ennemi ne doit pas être considérée comme morbide. Elle n'était pas suffisante pour empêcher la malade d'avoir une conduite sociale normale et adéquate. Il a fallu la sommation de tous les facteurs physiques que nous avons signalés pour que se déclanche secondairement l'épisode psychopathologique.

OBSERVATION VI

Cas Angèle

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Angèle, âgée de 35 ans, est entrée à l'hôpital le 28 juin 1940. L'interrogatoire nous révèle l'histoire clinique suivante :

Le 14 juin, elle part de Paris à pied en direction du Sud en compagnie de son mari et de son fils. Après une marche entravée par une circulation intense et mal réglée, elle arrive à Antony. Le lendemain, elle poursuit sa route, — non loin d'Etampes elle est arrêtée par les Allemands qui lui enjoignent de gagner la capitale non menacée. Elle reprend, toujours à pied, le chemin du retour, vivant d'aliment de conserves, couchant à la belle étoile, au milieu d'une ambiance de panique. A son retour elle s'alite, mais en raison de son agitation psycho-motrice, son mari demande l'hospitalisation. La malade est très hallucinée. Des voix la traitent de vilains noms.

On refait ses gestes. Des courants électriques parcourent son corps. Parfois les hallucinations revêtent un caractère élémentaire. Ce sont des bruits indifférents ou de la musique qui frappent les oreilles de la malade. Sa pensée est indécise. L'évocation des souvenirs est difficile et lente. Surtout, elle a le sentiment très vif de l'étrangeté de l'ambiance, sentiment qui se reflète aussi vivement à l'hôpital que sur les souvenirs de son lamentable exode. Il y a quelque chose de pas normal. « Toutes les dames de la salle me regardent drôlement ». Elle nous fait un récit dramatique et fragmentaire de sa fuite hors de Paris. « Les Allemands nous donnaient à manger du chocolat... On tuait des poules, des canards... Partant d'une grange, nous nous sommes couchés sous de noyers, en nous éveillant, il a fallu partir vite, vite... Un monsieur et une dame mangeaient une tartine recouverte de moutarde. On m'a fait comprendre qu'il fallait que je mange aussi de la moutarde...

Ceci m'était imposé à moi et à mon mari. D'ailleurs depuis notre retour, mon mari et mon fils ne sont plus

normaux. Elle s'inquiète au cours d'une conversation pleine d'effort, d'un cachet enveloppé dans du papier et qu'elle a trouvé écrasé dans son sac : « Je ne sais pas qui a ainsi pu le mettre. C'est peut-être un monsieur qui nous a hynoptisé moi et toute la famille ? Je m'en suis aperçue parce que, passant dans les villages, ceux-ci étaient bombardés... ».

La malade est très dysmnésique. Désorientée dans le temps et dans l'espace. Perplexe par intervalles. Triste pensant à sa famille. Cependant conscience partielle de son état mental : « Je deviens folle, Docteur ! »

Examen physique : révèle un état saburral des voies digestives, réflexes tendineux vifs, une tachycardie à 104, un amaigrissement léger avec asthénie. La malade se plaint de constipation, de céphalées et d'insomnies marquée.

Antécédents héréditaires :

Père retraité des mines. Bien portant.

Mère a eu une « crise d'épuisement » vers la cinquantaine, avec tristesse.

Personnels. — Pas d'accidents psychopathiques antérieures.

1 enfant bien portant. Pas de fausses-couches.

Môle hydatiforme en 1939. Traitée à la « Pitié ».

Mari, bien portant.

Collatéraux. — 1 frère mobilisé « affecté spécial », bien portant.

Conclusions :

Episode confuso-onirique au decours; l'activité psycho-sensorielle est maintenant réduite, alors que les éléments confusionnels restent nets. De son rêve dramatique, cette malade conserve encore un souvenir douloureux et confus, chargé d'anxiété. Là encore, il s'agit d'une femme normale, qui n'a fait un épisode aigu qu'après une période de fatigue physique intense.

Le pronostic est favorable.

OBSERVATION VII

Cas Marthe

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

La malade âgée de 45 ans est née à Haine-Saint-Pierre, en Belgique. Elle habitait avec son mari, brigadier de Douane, au Grand Duché de Luxembourg. Après l'invasion de la Belgique, elle s'enfuit le 11 mai 1940 au matin dans les Ardennes françaises en compagnie de ses deux enfants, âgés respectivement de 12 et 9 ans. Après un court séjour à Epernay, le 15 mai, elle prend un train qui se dirigeait sur Paris. Elle dit, en parlant de cette période de sa vie : « J'avais la tête complètement perdue ». Dans son esprit troublé, elle croyait pouvoir gagner le Nord de la France, mais elle apprend par la conversation de personnes qui se trouvaient dans le même compartiment de chemin de fer, que les provinces du Nord sont évacuées et que les Belges réfugiés doivent gagner la Vendée. Immédiatement, elle songe qu'elle va aussi se diriger vers cette partie du territoire français, l'apprend à ses enfants, leur enjoignant de n'en parler à personne. Il semble que pendant toute cette partie de son voyage, la frayeur éprouvée, le bouleversement, la crainte, l'anxiété aient été à son comble et déclanchent à ce moment des idées délirantes : les gens croient qu'elle est une espionne et la regarde d'un œil soupçonneux ; d'ailleurs, on va la tuer ; elle le sent. Elle arrive bientôt après à Paris et se réfugie dans un « Centre d'Accueil ». C'est probablement à ce moment-là, dans le va-et-vient de la gare qu'elle perd ses deux enfants. Des recherches ultérieures furent entreprises à la « Caserne des Tourelles » où étaient accueillis les réfugiés belges et par l'intermédiaire de l'Ambassade de Belgique en France. Elles furent toutes négatives. Les deux enfants, au milieu de la débâcle qui accompagnait les trains de réfugiés étaient peut-être dirigés sur la Vendée (?). Au Centre d'Accueil, la malade a une crise d'excitation avec onirisme. Elle crie, se débat, elle est hospitalisée le 17 mai. A son arrivée, a peur qu'on la tue, peur surtout des gendarmes. Le personnel infirmier qui l'entoure est complice des

Allemands. La désorientation dans le temps et dans l'espace est complète.

L'examen physique pratiqué à l'entrée montre :

Un corps thyroïde légèrement augmenté de volume, de la tachycardie; les réflexes sont vifs. Petite poussée thermique aux environs de 38° et non persistante. Les urines contiennent une quantité assez importante d'hémoglobine, des pigments biliaires et une légère albuminurie.

Le lendemain de son arrivée, elle reste excitée, onirique. Les infirmiers sont des Allemands qui veulent la torturer.

Dès le 20 mai, elle se révèle plus calme, commence à douter d'elle-même, de son délire; dit : « j'étais un peu plus drôle que les autres ».

Le 24, elle s'oriente, n'a plus peur; s'inquiètent de ses enfants et peut raconter assez correctement les étapes principales d'une fuite pleine de péripéties et de fatigues extrêmes. Elle a, en effet, parcouru quelques étapes de son voyage à bicyclette, mais le plus souvent à pied. « On l'a prise sûrement pour une folle ». Cependant, croyance persistante en ses idées délirantes. Elle entendait des voix qui disaient qu'elle était une espionne, qu'elle était « cause de tout ». On devait la fusiller. Elle a vu un revolver braqué sur elle.

Dans les jours qui suivent et pendant tout le mois de juin son état mental va s'améliorant. Au début, quoique calme, elle est nerveuse et inquiète, inquiétude bien légitime, puisque centrée sur la disparition de ses deux enfants dont elle est toujours sans nouvelles. Par instants, elle apparaît méfiante, soupçonneuse et essaie d'interpréter tout ce qui se dit autour d'elle. Ces idées délirantes ont complètement disparues.

Au début de juillet, elle est réclamée en vue de rapatriement par l'Ambassade de Belgique en raison de l'amélioration très importante de son état mental. Elle sort de l'hôpital le 4 juillet 1940. Seules persistent chez la malade une certaine émotivité et une petite lacune mnésique en rapport avec la période de la vie relative à son arrivée à Paris et coïncidant avec la disparition de ses deux enfants.

Antécédents :

Héréditaires. — Père bûcheron, âgé de 74 ans. Rhumatisant.

Collatéraux. — Mère morte à l'âge de 52 ans d'une affection rénale probable.

1 frère âgée de 50 ans, menuisier.

1 sœur âgée de 43 ans, giletière. Tous deux bien portants.

1 sœur, morte à l'âge de 5 ans d'une pneumopathie.

Une tante aurait présenté vers la soixantaine un certain affaiblissement intellectuel.

Personnel. — Pathologiques. Pneumonie à l'âge de 16 ans.

A eu deux enfants (le premier à l'âge de 32 ans). Accouchements normaux.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans.

N'a jamais présenté de troubles psychopathiques, tout au plus une légère nervosité au moment des règles.

Scolaires. — Sait lire, écrire. N'a pas son C. E. P.

Familiaux. — Mariée. Deux enfants. Ont eu la coqueluche et la rougeole dans l'enfance.

Mari âgé de 40 ans. Bûcheron. A eu en 1934 une crise de R. A. A. Actuellement bien portant.

Professionnels. — Couturière jusqu'à l'âge de 32 ans.

Il semble que le début de l'épisode confusionnel qu'a présenté cette malade se place avant le choc affectif déterminé par la perte de ses enfants. « Les gens croient qu'elle est une espionne allemande ». Dans ces conditions, si ce choc très important a pu entretenir le délire, il ne semble pas l'avoir créé. C'est encore au facteur d'épuisement somatique qu'il faut, chez cette femme parfaitement normale, attribuer la plus grande part dans la pathogénie de l'accident qui l'a conduite à l'Hôpital psychiatrique.

II. — *Les psychoses d'épuisement psychique.*

OBSERVATION VIII

Cas Paulette

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Le 12 juin (?) évacuée avec sa mère, Paulette, 27 ans, abandonne Meaux pour Paris. Les deux femmes trouvent refuge dans un Centre d'Accueil. Paulette abandonne un instant sa mère pour acheter des provisions de bouche. Elle est très émue et très effrayée par le passage incessant des troupes allemandes dans Paris. Brusquement elle ne se souvient plus de l'adresse de son centre d'évacuation et se trouve séparée de sa mère: « J'étais tellement abrutie ce jour-là que j'avais perdu la tête ».

Elle est recueillie au lycée Jules Ferry pendant 4 jours. Là, elle est prostrée, le visage sombre et en pleurs, cherchant en vain sa mère dont elle ignore l'adresse. D'autre part, elle contracte une angine pultacée et comme un cas d'angine diphthérique est signalé dans le centre, on l'isole immédiatement à l'hôpital Claude Bernard.

Ce n'est pas la diphthérie, d'autre part, en raison de son comportement étrange, elle est hospitalisée à l'hôpital Henri-Rousselle.

Examen :

Exophtalmie légère.

Pâleur, léger amaigrissement.

Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Pouls 84. T. A. 13/8.

L'examen des urines et du sang est négatif.

Tendance à l'hypothermie.

Actuellement, après 15 jours d'hospitalisation, l'état mental est parfait. Seule persiste une lacune amnésique portant sur l'épisode psychopathique.

La malade est calme, ne se soucie pas exagérément de sa mère « qui doit être rentrée à Meaux ».

Sortie prochaine.

Antécédents :

Héréditaires. — Père, mécanicien, mort à 58 ans, diabétique et urémique.

Mère, 71 ans, laveuse. B. P.

Collatéraux. — 1 sœur, 38 ans. B. P.

1 frère, 36 ans, dessinateur, tuberculeux pulmonaire, pas d'enfant.

Personnels. — Débilité mentale, arriérée scolaire, se dit d'une nature gaie.

Pathologiques. — Dans l'enfance, rougeole, opérée des V. A. et des amygdales, myopie. Réglée depuis l'âge de 12 ans, règles régulières, douloureuses, abondantes. Durée 6 jours.

Scolaires. — Va à l'école jusqu'à 18 ans, pas de C. E. P.

Professionnels. — Repasseuse à l'hôpital de M..., après apprentissage dans une école professionnelle.

Pas de tares psychopathiques dans la famille.

O B S E R V A T I O N IX

Cas Mathilde

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Depuis deux ans environ, d'après les renseignements donnés par la fille de la malade, Mathilde, 54 ans, est déprimée. Elle s'intéresse peu à son ménage, à sa toilette. Elle est souvent sombre sans raison : « Je m'ennuyais, je ne sais pas pourquoi. » Si elle tente de donner une explication à sa tristesse, celle-ci apparaît superficielle et dans quelle mesure ressentie par la malade (?) :

« Depuis deux ans on parlait toujours de la guerre, moi, ces événements, cela me tapait sur les nerfs ». Auparavant, c'était une femme accorte et travailleuse.

Cette vague tristesse se double bientôt en juin 1940, d'une inquiétude assez intense. Elle tient des propos incohérents. Déménage « tout » dans la maison, s'étonne de la présence d'objets insolites et de linge dans son armoire, croit qu'on s'est introduit furtivement dans sa

chambre et ne se souvient plus qu'en réalité ses objets appartiennent à sa fille qui s'est trouvée seule après le départ de son mari et est venue habiter avec ses parents. Elle est insomniaque, muette par intervalles. A de vagues idées de suicide. Veut absorber du gaz d'éclairage ou se jeter par la fenêtre. mais n'a pas le courage de mettre ses projets à exécution. Elle entend bientôt des voix qui lui disent que Paris va être encerclé et qu'il allait sauter. elle est vouée à une mort prochaine et veut partir de Paris. Sa frayeur redouble en voyant tous ces gens qui fuyaient, mari la dissuade à grand'peine de ce projet. Tout lui paraît changer autour d'elle. Il lui semble qu'elle voit des choses à travers un brouillard (?). Le bruit des avions rasant les toits des maisons retentit douloureusement dans sa tête : « Dans la rue j'entendais tout le monde dire : il y a Staline à la Concorde et des Soviets partout. »

Le 28 juin, elle va consulter elle-même à l'Hôpital Tenon qui l'envoie à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Examen :

Pâleur des téguments et des muqueuses.

Langue saburrale, haleine fétide.

Réflexes tendineux vifs, réflexes pupillaires normaux.

Tension artérielle 17,1/2-8,1/2.

Trace d'albumine dans les urines.

Réactions de B. W. Meinicke et Kahn négatives.

Troubles vaso-moteurs, sudation, rougeur.

L'examen mental met en évidence une amnésie partielle, les souvenirs de la malade sont très imprécis, elle fait cependant effort pour se souvenir des événements qui viennent de se dérouler. Ses réponses sont floues. Elle ne se souvient pas d'avoir été à l'Hôpital Tenon; ne devrait pas être à « Henri-Rousselle ». Connait approximativement le jour et la date mais ignore depuis combien de temps elle est à l'hôpital.

Impute ces troubles à l'absorption d'un dépuratif à l'occasion de la constipation. Ne se rappelle pas avoir voulu se suicider, sentiment d'étrangeté de l'ambiance « tout a changé ».

Ignore que les Allemands occupent Paris. A bien vu des soldats qui n'avaient pas une tenue semblable à celle qu'elle avait accoutumé de voir, mais ce ne peut pas être des Allemands.

Actuellement, dix jours après son hospitalisation, l'état physique est bon, l'état mental très amélioré. La malade est légèrement désorientée dans le temps, se croit le 3 juillet, mais se souvient en partie de son épisode délirant qu'elle a tout à fait rectifié. Elle est calme, souriante. L'appétit et le sommeil sont revenus.

Sortie envisagée prochainement.

Antécédents :

Héréditaires. — Père, mort à 80 ans d'une hémiplegie. Mère, morte à 60 ans d'une hémiplegie.

Collatéraux. — 1 frère mort à 50 ans à la suite d'une appendisectomie.

2 sœurs mortes de tuberculose pulmonaire à 25 et 39 ans,

1 sœur, 52 ans. B. P.

1/2 frère, mort à 60 ans de (?).

Personnels. — *Pathologiques.* Diphtérie à 15 mois; rougeole dans l'enfance; albuminurie à chacune de ses grossesses.

N'est plus réglée depuis l'âge de 48 ans. Ses règles étaient régulières, assez abondantes et duraient 4 ou 5 jours.

Familiaux. — Mari, 57 ans, porteur aux Halles. B. P., a été gazé.

1 fille, 28 ans, B. P.

2 enfants morts à 5 jours et à 8 mois de (?).

Scolaires. — Fréquentation scolaire jusqu'à 13 ans. C. E. P.

Professionnels. — A travaillé dans la maroquinerie de 13 à 18 ans. Ensuite, 24 ans comme riveuse dans une usine. Depuis, s'occupe dans son ménage.

O B S E R V A T I O N X

Cas Anne

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Le 12 juin, notre malade, âgée de 63 ans, et redoutant l'arrivée des troupes allemandes quitte Paris pour Barbi-

zon où habite sa fille et son petit-fils. Le train l'a conduit jusqu'à Melun et elle fait à pied le reste du trajet.

Le 17, un civil lui aurait donné l'ordre de rejoindre son domicile dans les 10 jours (?). Elle commence à s'inquiéter du sort de son mari resté à Paris et de son fils qui est aux armées. Les événements actuels la bouleversent; le 19 juin, elle déclare qu'elle est entourée d'espions, qu'on a dénoncé son mari comme un espion, qu'il doit être fusillé et qu'on va leur prendre tous leurs biens. Partout ce ne sont que des soldats allemands avec des mitrailleuses. Elle est anxieuse, insomniaque. Elle a peur, elle sursaute aux moindres bruits, guettant le passage d'une voiture qui serait susceptible de la ramener près de son mari car elle veut « rassembler la famille ». Elle s'enfuit de Barbizon à pied pour tenter de gagner la capitale. Elle s'égare, marche pendant des heures « la tête en feu » et revient finalement à son point de départ.

Dans un raptus anxieux le 28, elle fait une tentative maladroite de suicide. Elle se taillade le poignet gauche avec des ciseaux dans l'espoir d'en sectionner les veines.

Elle rentre à Paris le 2 juillet toujours anxieuse, sub-délirante, s'alimentant difficilement. Le lendemain, elle est emmenée à l'Hôpital Henri-Rousselle pour dépression psychique.

Réflexes tendineux et pupillaires normaux.

A son entrée examen:

Pouls 104. T. A. 18-9.

Tremblement léger.

Varices. Vitiligo aux mains et au cou.

Etat général médiocre. Asthénie profonde.

Pâleur du visage. Cerne des yeux.

Actuellement, après quelques jours d'hospitalisation, la malade a conscience de son état morbide et cherche à l'expliquer.

« Je ne sais pas ce qui s'est passé, mon cerveau s'est vidé, ma mémoire avait disparu, j'étais trop malheureuse et trop fatiguée, je suis restée plusieurs nuits sans dormir.

A présent que le cerveau s'éclaircit un peu, je ne veux pas mourir. Je ne comprend pas (montrant la cicatrice de son poignet) pourquoi j'ai fait ce geste ». Ne se rappelle plus ses idées délirantes; son mari est un fort brave hom-

me Est moins triste et s'inquiète des siens Cependant son état physique est encore médiocre. Il s'y joint une fatigabilité psychique qui se traduit par du ralentissement dans le cours de la pensée qui devient fragmentaire. La malade est bien orientée. L'évocation des souvenirs s'avère encore lente. Evolution : en voie de guérison.

Antécédents :

Héréditaires. — Père, mort à 85 ans.

Mère, morte à 43 ans. Ictus probable.

Collatéraux. — Une sœur morte d'un cancer à l'intestin (?). Avait un anus artificiel.

Personnels. — Nature douce. Tendance à la tristesse, Surtout depuis la mort de deux enfants.

Pathologique. — Rougeole dans l'enfance et à l'âge de 30 ans. Aurait été soigné pour les nerfs à l'occasion de la ménopause. Probablement petit accès de dépression de courte durée pendant la guerre de 1914-1918 et ménopause depuis 11 ans.

Familiaux. — Mari, était cousin germain de la malade, 60 ans. Gastralgies fréquentes.

2 enfants vivants.

1 fille, 36 ans. Ptose utérine.

1 garçon, 32 ans. B. P.

2 enfants morts.

1 fils à 19 mois. Croup ou scarlatine.

1 fille à 7 ans : méningite.

Scolaires. — Fréquentation scolaire jusqu'à 13 ans. Pas de C. E. P.

O B S E R V A T I O N XI

Cas Cécile

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Notre malade, âgée de 42 ans, habite Suresnes.

Le 11 juin, à l'annonce de l'approche des troupes allemandes, elle décide de rejoindre son deuxième fils qui.

depuis huit jours était évacué dans le Cher. Gare de Lyon, les trains ne fonctionnent plus. De guerre lasse elle rejoint son mari et part en sa compagnie, celle de son fils aîné et de sa fille dans un camion appartenant à l'Administration où travaillait son mari. Le fils aîné monte dans un deuxième camion qui part en avant du premier et depuis, la malade ne l'a plus revu. Sur la route d'Etampes elle est bombardée par un groupe d'avions mais ne témoigne d'aucun sentiment de frayeur. Ce n'est qu'au deuxième bombardement qu'elle est prise d'un accès d'agitation intense. Elle a peur pour elle, pour sa fille. Un groupe de cinq voitures rangées de front et la foule qui se pressait sur la route symbolisent pour elle la 5^e Colonne. La malade, au comble de l'angoisse voit son mari sous les traits de Satan, lui crie de s'éloigner, en même temps elle prie et s'accuse. Elle prie Dieu dans l'attente de la mort, un chapelet à la main (elle est catholique mais non pratiquante) s'accuse d'avoir commis des fautes nombreuses (avortements répétés, a trompé son mari une fois il y a longtemps...). Elle refuse de coucher dans la maison isolée d'un hameau non loin d'Etampes. Elle ne veut pas être sous le même toit que Satan. Elle couche dans un champ et toute la nuit elle est onirique. « Il me semblait qu'un camion allait me passer sur le corps, j'ai eu un cauchemar certainement, j'entendais le bruit très fort du camion qui venait sur moi ».

Elle erre ainsi sur les routes pendant presque une semaine, son retour s'effectue en partie à pied, en partie en chemin de fer dans un wagon pour bestiaux : « Je ne me rappelle pas les pays où j'ai passé, j'ai tellement vu de pays, j'ai toujours eu l'impression de tourner en rond ».

Elle rentre le 18 à Suresnes épuisée par la fatigue, l'insomnie, l'alimentation restreinte : « Je ne mangeais plus depuis mon départ et lorsque j'ai vu que je ne pouvais plus rejoindre mon petit garçon ». Elle est inquiète du sort de son deuxième fils dont elle est sans nouvelles.

Elle est admise à l'hôpital Henri Rousselle avec le diagnostic « d'état anxieux motivé par les événements ».

L'examen pratiqué à l'entrée montre :

Un léger tremblement.

Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux.

Le pouls est à 80.

Acrocyanose des extrémités.

Trace d'albumine dans les urines.

Réactions sérologiques négatives.

Dans les jours qui suivent la malade est toujours confuse, désorientée, on note une difficulté de l'idéation et de l'évocation des souvenirs. Elle pleure, regrette, s'accuse. Insomnie.

Le 24 juin elle est moins triste le sommeil et l'appétit réapparaissent.

Actuellement, elle reste encore émotive, pleure assez facilement. Sa confusion a disparu mais l'évocation des souvenirs est encore lente, elle situe très mal son épisode psychopathique mais rit à l'énoncé de ses idées délirantes qui lui paraissent absurdes.

Pronostic excellent, la malade est en voie de guérison, après un séjour de quinze jours à l'hôpital.

Antécédents :

Héréditaires. — Père horticulteur, alcoolique, abandonne en 1914 sa famille. Mère morte à l'âge de 56 ans d'une pleurésie tuberculeuse.

Personnels — Pathologiques. — scarlatine à 22 ans, otite à 34 ans. 3 fausses-couches de 2, 3 et 5 mois 1/2, pas de complications infectieuses. Réglée depuis 13 ans. Règles irrégulières, peu abondantes et quelquefois douloureuses.

Familiaux. — 3 enfants.

Robert, 19 ans, chétif (pas de tuberculose).

Jacqueline, 16 ans, crises migraineuses (?)

Jacques 12 ans, coqueluche. Dans l'enfance atteinte pulmonaire discrète nécessite le séjour d'une année à la campagne. Dans ce même temps fait une adénite cervicale qui se résoud rapidement.

Mari, buveur, a fait des anthrax multiples, un phlegmon en 1937 et en février 1940 : une broncho-pneumonie. Nature brutale.

Scolaires. — Va à l'école jusqu'à 13 ans. C. E. P. à 18 ans rentre dans la Compagnie des Chemins de Fer du Nord, où elle est employée comme télégraphiste. En 1931,

la santé chancelante de ses enfants l'oblige à donner sa démission pour se consacrer à eux.

Notre malade est d'un naturel sensible, plutôt passive mais était nerveuse ces derniers temps surtout à cause de son mari qui buvait, disputes assez fréquentes; nerveuse parfois aussi au moment des règles.

Collatéraux. — 4 frères respectivement;

— 41 ans, concierge, péritonite tuberculeuse à 10 ans.

— 37 ans, usinier, néphrite albumineuse à 8 ans.

— 35 ans, contremaître, broncho-pneumonie à 33 ans.

— 32 ans, dessinateur, hépatique ne boit pas.

— 1 sœur morte à l'âge de 38 ans de tuberculose pulmonaire après un séjour de 6 mois à l'hôpital LAENNEC.

OBSERVATION XII

Cas Jeanne G...

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Jeanne est Alsacienne, cuisinière à Paris, depuis 11 ans dans la même place. Ses patrons sont partis à Biarritz elle est *seule* dans la maison avec les concierges.

Depuis l'entrée des Allemands elle est inquiète. Elle a peur d'être tuée. Elle redoute Hitler.

Elle a entendu parler de ses persécutions contre les Juifs. Elle n'est pas juive mais a toujours « donné pour la quête des Juifs arméniens ».

Depuis plusieurs jours, elle ne dort plus. Le moindre craquement la réveille et elle interprète immédiatement ce bruit avec angoisse. Il lui semble qu'elle n'est plus saine. Elle a des picotements sur tout le corps, du prurit, ses yeux sont gonflés.

L'avant-veille de son entrée à l'hôpital le 18, elle se promène devant les Invalides rencontre un Allemand qui lui dit : « Ça pue déjà la peste ». Rentrée chez elle, elle réfléchit et se dit qu'elle ne doit pas boire de l'eau. Et elle prend un peu de porto et de marc d'Alsace et boit du vin de Bordeaux ce jour-là et le lendemain. Elle passe

une nuit agitée, elle se sent très fatiguée depuis qu'un brouillard gris, et, gluant s'est étendu sur Paris : elle a le nez rempli de particules noirâtres. Elle sent des odeurs bizarres de pharmacie, a perdu l'appétit, a des vertiges et des vomissements. Elle part précipitamment à l'hôpital Necker pour se faire soigner d'urgence. Elle a la peste ou elle est gazé « je n'étais pas comme cela avant, je ne pouvais plus rien faire à la maison.

A l'hôpital Necker on lui demande d'attendre : « Elle en a sûrement pour deux heures ». S'effraie, croit qu'elle n'a plus que 2 heures à vivre.

Ses propos incohérents et l'extrême agitation dans laquelle elle se trouvait, la font hospitaliser à l'hôpital Henri Rousselle. Parle pêle-mêle du Führer, de ses patrons descendant de juifs allemands et arméniens, etc... Le lendemain de son entrée, elle est anxieuse refuse de s'alimenter. L'air inquiet, très dysmnésique. Ne peut se rappeler la date du jour ni depuis quand elle est à l'hôpital. Après de grands efforts parvient à retrouver sa date de naissance, ses souvenirs sont très imprécis, son histoire clinique très fragmentaire.

Essai d'interprétation rétrospective. Au début de la guerre, on est venu enquêter sur elle et sur ses patrons. On a demandé si elle n'avait pas la photographie d'Hitler dans sa chambre, « on a dit que j'avais fait des signes optiques », un inspecteur lui a demandé ses papiers d'identité; a été plus impressionnée par cette visite que par l'entrée des Allemands à Paris.

« Le chef d'îlot me surveillait au moment des alertes. Je ne comprends pas ». Pourtant elle ne se connaît pas d'ennemis.

Examen physique :

Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Pouls 72.

Petite poussée fébrile à l'entrée (38°) non persistante.

Trace d'albumine dans les urines.

Réactions sérologiques négatives.

Le 24 juin, elle est plus calme, mais toujours inquiète, sensation d'étrangeté de l'ambiance. Se demande quelles sont les dames qui sont à côté d'elle : « N'est-ce pas qu'il

y a quelque chose qui n'est pas ordinaire... Tout le monde n'est plus comme avant ».

Désorientation temporelle.

Le 5 juillet on note des souvenirs beaucoup plus précis. La malade rapporte les troubles qu'elle a eus à une peur intense.

Actuellement, 9 juillet, se trouve parfaitement guérie, demande sa sortie. Elle a eu très peur. Elle a eu tort de boire du marc : une 1/2 bouteille en trois jours, du porto de première qualité et du vin rouge dont elle n'usait jamais...

Elle est calme; sommeil et appétit excellents. Bien orientée. Ne se souvient plus du thème délirant ou s'étonne d'avoir prononcé de telles paroles.

Antécédents :

Héréditaires. — Père tourneur sur bois. Malheureux en ménage avec une femme très acariâtre, s'est suicidé.

Mère 60 ans. B. P.

Collatéraux. — 1 frère, 34 ans, jardinier. B. P.

Personnels. Pathologiques. — Grippe espagnole en 1918.

Appendisectomie à 28 ans.

Réglée depuis 15 ans, règles régulières peu abondantes.

Scolaires. — Fréquente l'école allemande jusqu'à 14 ans, a le premier certificat de l'Ecole.

Professionnels. — A 16 ans, fille de salle dans un hôpital privé chez des diaconesses.

A 17 ans, se place comme vendeuse quelques mois; bonne à tout faire depuis.

O B S E R V A T I O N XIII

Cas Blanche

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Histoire de la maladie :

Après le bombardement de Paris et dans les jours qui précèdent le 13 juin 1940, Blanche G..., 39 ans s'est révé-

lée très nerveuse. Sa nervosité ne fait qu'augmenter après le départ de son mari, réformé, mais encore en âge de porter les armes, qui s'enfuit de Paris pour échapper à l'emprise allemande. Après une nuit entière d'insomnie, elle est en proie à des idées délirantes. Elle s'accuse, en effet, de la perte probable de son mari, à moins que ce dernier ne soit mutilé. Dans une scène d'onirisme, elle l'a vu, en effet, coupé en morceaux et conduit ainsi au Val-de-Grâce. Elle entend des voix et toutes ont trait à sa personne ou à sa conduite et l'accusent de semer la panique. Elle refuse toute nourriture prétendant que cette dernière est empoisonnée. Elle ne peut prendre une minute de repos de peur d'être emmenée hors de son logis. Et, enfin dans les moments d'anxiété plus vive elle tente par trois fois de se donner la mort en essayant de se jeter par la fenêtre. Ces trois tentatives sont successivement déjouées par sa belle-mère et ses voisins qui veillent sur elle. Peu après elle est hospitalisée.

Le certificat d'admission, du 17 juin, est ainsi conçu :

« Idées d'auto-accusation : c'est de sa faute si la panique est arrivée. Elle l'a entendu dire par tout le monde. »

« Idées de suicide et de persécution, refus d'aliments, « on va l'empoisonner. »

« Agitation psycho-motrice. »

Début : récent lors du départ de son mari.

Dans les jours suivants l'agitation psycho-motrice diminue, quatre jours après son hospitalisation le 21 elle a à peu près entièrement disparu. La malade a conscience de son état morbide : « Je m'accusais, je n'étais pas coupable, je croyais que c'était de ma faute s'il arrivait malheur à mon mari... je ne mangeais plus depuis longtemps ».

Cependant persistance d'une légère hyperémotivité actuellement en voie de décroissance.

La sortie de la malade a été proposée.

Examen physique :

Pâleur et cyanose des lèvres.

Amaigrissement léger.

Le pouls à 60 n'a pas varié.

Les réflexes sont normaux.

Les examens biologiques ont tous été négatifs.

Antécédents :

Les renseignements ont été fournis par le mari de la malade, sa belle-sœur et la malade elle-même.

Héréditaires. — Père mort en 1916 dans un accident de voiture. Il a été écrasé par l'attelage qu'il conduisait.

Mère âgée de 70 ans, serait « un peu nerveuse ».

Personnels. — Bronchite vers l'âge de 25 ans.

Pas d'enfants ni de fausse-couche.

Tendance dépressive « au printemps » dit la malade car elle est à cette époque toujours un peu asthénique.

Collatéraux. — 6 frères, 1 sœur; tous bien portants.

On ne retrouve pas de tares psychopathiques dans la famille.

En résumé :

Il s'agit d'une femme sans tares psychopathiques antérieures qui, à l'occasion d'un surmenage affectif (craintes pour son mari, peur des bombardements) a fait un état anxieux avec sous-alimentation consécutive. Ce dernier facteur a déclenché à son tour un état d'onirisme pénible. Sédation rapide de l'anxiété et de l'onirisme. Evolution favorable.

OBSERVATION XIV

Cas Marie

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

C'est dans un grand état d'agitation psycho-motrice que notre malade âgée de 52 ans, est amenée par le service social du centre « Janson de Sailly » à fin d'hospitalisation, le 16 mai 1940.

Depuis quatre jours, elle est partie de C... (Ardennes) avec la vieille bonnè de son frère et de multiples bagages; après un voyage très mouvementé où son comportement bizarre et son état d'exaltation suscitent des commentaires et même la suspicion des personnes éva-

cuées comme elle. (On la croit une espionne. Elle dit avoir été persécutée, mais en fait, il semble qu'elle ait été réellement dénoncée). Elle arrive à Paris, le 15 août, la nuit suivante, son anxiété, son état d'agitation ne font que s'accroître, elle est insomniaque, va et vient dans le centre, d'un étage à un autre.

Examen à l'entrée. — Réflexes pupillaires et ostéotendineux normaux. T. A. 15/9,5.

Signes de Bronchite T. à 38 persistante pendant deux jours.

Pouls rapide. Tremblement.

Réactions sérologiques négatives.

L'état général s'améliore rapidement ainsi que l'état mental. Elle n'est plus insomniaque. Bien orientée, se souvient très bien des événements qui se sont déroulés depuis son départ et réclame sa sortie qui est faite quatre jours après le début de son hospitalisation.

Antécédents :

Famille de nerveux aux dires de la vieille bonne qui, elle-même est suspecte au point de vue mental et raconte une histoire d'hallucinations visuelles et auditives antérieures aux événements.

La malade a été réglée à l'âge de 12 ans.

Ménopause depuis 6 mois.

Grippe en 1933 avec Température, délire, chute de cheveux.

Aurait toujours été un peu baroque.

OBSERVATION XV

Cas Jeanne O...

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Depuis le mois de juin 1940, Jeanne, 36 ans, infirmière à l'hôpital Tenon est déprimée, car son mari, prisonnier et son enfant, sont loin d'elle. Elle fait venir de province une petite nièce, afin d'être moins isolée. Peu avant l'arrivée des Allemands, sa nièce s'enfuit le 16 juin. Elle apprend son départ par le concierge de l'immeuble

où habitait sa nièce. Elle devint anxieuse, s'interroge sans cesse sur le sort de sa nièce. S'accuse de sa perte probable, conséquence du funeste conseil qu'elle lui a donné de venir à Paris au lieu de rester à l'abri dans sa province natale. La nuit elle est assiégée par des cauchemars terrifiants, a peur au moindre craquement chez elle, se répète des propos entendus dans le service : « Nous allons être déportées et séparées de nos enfants à jamais. ». Elle est méfiante, soupçonneuse. Impression de transformation de l'ambiance, vit toujours dans l'attente d'un malheur. Une dame est venue lui apporter une lettre de la Mairie du XX^e lui annonçant que son mari était prisonnier, cette dernière a inspecté curieusement la pièce, l'a dévisagée d'un drôle d'air : « je me suis demandée si ce n'était pas une espionne qui m'apportait de fausses nouvelles ». D'autre part, dans un logement occupé par les Espagnols, elle a vu fréquemment de la lumière qui filtrait dans la cour : « j'ai trouvé cela drôle ». Il semble qu'il s'agit là d'interprétations rétrospectives.

En même temps s'entend moins bien avec ses collègues de l'hôpital qui ne sont pas « toutes franches » avec elle et l'accablent de travail. En réalité, elle a souvent des distractions dans le service.

Elle s'affecte de façon inconsidérée des propos tenus par une malade qui l'accuse d'être « une sale française ».

Elle est hospitalisée à « Tenon » et à « Henri-Rousselle » le 1^{er} juillet. Son état d'anxiété et de tristesse se double de troubles psycho-sensoriels. Elle sentait des odeurs de gaz qui la prenaient à la gorge. Il semblait qu'elle allait étouffer.

Examen. — Faciès couperosé, léger strabisme interne convergent gauche.

Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Pouls : 87. T. A. 13/8.

Cedème des membres inférieurs et acrocyanose.

Constipation par intervalles.

Réactions sérologiques négatives.

Les jours suivants elle pleure, réclame son enfant, ne veut pas s'alimenter (peur d'empoisonnement) ne veut pas prendre ses potions « car ce sont des choses qu'elle ne prenait pas avant ». Réticente.

Actuellement, au huitième jour l'état psychique est très amélioré, le visage morne s'anime en parlant. Elle est calme, n'a plus d'idées de suicide, orientée, se souvient très bien de sa maladie, dort bien mais se sent encore lasse et sans appétit. De plus, par moments, elle est encore inquiète méfiante et triste.

Dans l'ensemble, pronostic excellent.

Antécédents :

Héréditaires. — Père 72 ans cordonnier. Pieds bots B. P.

Mère morte à 53 ans, cardio-rénale.

Collatéraux. — 2 frères.

40 ans, chômeur. *Persécuté* (jamais interné).

38 ans, mineur, chorée à l'âge de 10 ans, et « carreau » à 12 ans.

Personnels. — *Pathologiques.* Nature triste « je suis d'un tempérament anxieux », vision très diminuée de l'œil gauche « améliorée par des neuvaines ».

Grippe en 1918.

Angines fréquentes (porteur de Bacilles de Loeffler).

Glycosurie après la naissance de son enfant.

1 fausse-couche de trois mois et demi suivie d'hémorragie et de curetage 6 semaines après.

Etats dépressif à la suite de la fausse-couche, ayant duré trois mois n'a pas interrompu son travail sauf pendant une période de 15 jours, n'a pas voulu d'enfant car avait peur que son enfant ait des pieds bots comme son père, regrets et auto-accusations.

Personnels. — *Familiaux.* Mari B. P. 31 ans, employé à l'A. P.

1 enfant plutôt chétif.

Scolaires. — Va à l'école jusqu'à 11 ans. Pas de C.E.P. Intelligence moyenne.

Professionnels. — Bonne à tout faire de 17 à 22 ans, fille de salle à l'A. P. ensuite obtient à l'âge de 24 ans son diplôme d'infirmière.

OBSERVATION XVI

Cas : Marie-Blanche

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Le 20 mai, Marie-Blanche, 56 ans part à la Ferté-saint-Aubin (Loiret) les 15 et 16 juin la ville est bombardée. Elle s'enfuit prise de panique dans les bois qui entourent la petite ville.

Un sous-officier la fait monter dans un car de la T. C. R. P. qui évacuait son personnel, et se rendait à Bourges, malgré les protestations des occupants. A Bourges on la prend pour une espionne de la cinquième colonne à cause de sa mine patibulaire. « Regardez celle-là avec son carton à chapeau et son baluchon sur le dos, elle a l'air de la cinquième colonne ». Les gens se passent le mot de l'un à l'autre et la persécutent : « ils tousaient, crachaient, m'empêchaient de me ravitailler, ou se frottaient le nez » (c'est un signe pour la faire remarquer).

Le même soir du 17 une institutrice d'un groupe scolaire et eu égard à sa fille institutrice à Argenteuil lui offre l'hospitalité pour une nuit. Elle est questionnée par de nombreuses personnes, amies probables de la malade. Là, elle subit encore de multiples persécutions : « On m'a empêchée d'ouvrir les serrures de ma valise... on a mis dans mes chaussures une bête qui faisait couic, couic, lorsque j'essayais de les mettre..., on a tourné à l'envers mes lacets de souliers. Toute la nuit je n'ai pu dormir à cause du bruit, on me surveillait, on avait peur que je parte et on a fait passer des motocyclettes pour voir si j'étais là ».

Le lendemain elle se rend avec d'autres évacués au Lycée « Alain Fournier ». Des enfants de réfugiés l'houspillent : « Tiens voilà la cinquième colonne, elle a mal aux pattes, quand sera-t-elle fusillée ? Ils l'empêchent de manger. Elle ne peut pas se ravitailler. Chaque fois que des avions passent dans le ciel tout le monde la regarde. On cherche à l'empoisonner « J'ai senti des odeurs de poudre nocive qui dénaturait le goût des aliments.

Six jours après, le 24 elle prend un train qui met

trois jours pour atteindre Paris en trois étapes : Bourges-Orléans; Orléans-Juvisy; Juvisy-Gare d'Austerlitz.

Pendant trois jours la malade ne peut prendre la moindre nourriture. On l'empêche de boire et de manger. « J'ai offert 100 francs pour boire un litre d'eau, je n'ai pu l'avoir ». On lui a même pris une boule de pain que le Proviseur du Lycée de Bourges lui a donnée. D'autre part dans le train, des gens ont fait de la « magie » de la « sorcellerie ». La nuit il fumaient, se faisaient de grosses têtes. « Cela faisait toute une nébulosité broussailleuse autour de la tête. » Ses cheveux se hérissaient.

Elle voit sur le mur du wagon un guignol et croit d'abord que c'était un rayon de soleil mais a dû se convaincre que c'était autre chose, comme du cinéma, sans pouvoir préciser.

Elle est trouvée errante à la gare d'Austerlitz et hospitalisée à l'hôpital Henri-Rousselle le 26 juin. Elle use d'un langage presque télégraphique pour s'exprimer parle de signaux lumineux. L'examen révèle un état d'épuisement complet en rapport avec une sous-alimentation très marquée, une insomnie de 11 *jours* et une fatigue extrême. Pendant les 10 jours de sa lamentable odyssée la malade n'a pas perdu une seule de ses quatre valises ou colis qu'elle a transportés elle-même.

A son arrivée, elle tombe bientôt dans un sommeil profond.

Examen :

Subictère.

Réflexes tendineux normaux, réflexes pupillaires normaux.

Pupille droite déformée.

Pouls 72.

Varices.

Réactions sérologiques négatives.

Acétonurie importante.

Traces d'albumine.

Quelques ecchymoses disséminées.

Hémorroïdes, constipation par intervalles.

Amaigrissement important.

L'appétit et le sommeil sont excellents.

Les jours suivants l'état physique s'améliore, mais la malade ne rectifie pas tout son délire, elle est encore persuadée qu'on l'a prise pour une espionne; cependant les hallucinations ont entièrement disparu, celles de l'olfaction en dernier lieu, dès son retour à Paris.

Actuellement elle est au treizième jour de son internement, sa sortie sera faite dans quelques jours. Elle rectifie peu à peu et très lentement sa bouffée délirante parallèlement à l'amélioration sensible de son état physique.

« Tout cela s'est passé comme dans un cauchemar abominable. Cela s'élimine petit à petit, j'ai tant souffert je me demande par moments si je l'ai réellement vécu, j'étais tellement harassée, je me demande si je n'ai pas eu des hallucinations. »

Très bien orientée, parfaitement lucide.

Antécédents :

Héréditaires. — Père mort à 60 ans d'apoplexie foudroyante.

Mère morte à 69 ans d'une embolie.

Collatéraux. — 1 frère mort à 45 ans gazé de guerre.
1 frère mort en bas âge du croup.

Personnels. — Femme assez cultivée, nature sensible, aimant l'art et la musique, mais caractère autoritaire.

Pathologiques. — Dans l'enfance rougeole, varicelle; coqueluche, otite, à 11 ans, amygdalites fréquentes.

En 1920, sinusite.

En 1934, phlébite droite.

A souffert pendant 10 ans d'un ulcère à l'estomac.

Souffre du foie de façon chronique.

En 1939, bronchite.

Familiaux. — En instance de divorce, mari volage
B. P. 58 ans.

1 fille, 32 ans; grippe espagnole en 1918.

Scolaire. — C. E. P. à 11 ans 1/2. Brevet élémentaire à 15 ans.

Professionnels. — Employée 4 ans au « Crédit Lyonnais » de 18 à 22 ans, cesse toutes occupations au-dehors à partir de ce moment car se marie.

OBSERVATION XVII

Cas : Suzanne.

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Voici l'histoire de Suzanne :

Elle est femme de ménage, elle a 34 ans. Des difficultés matérielles ont obligé son mari âgé de 48 ans, qui ne trouvait pas de travail à Paris, à partir en province il y a six semaines pour y travailler dans une entreprise de maçonnerie. Elle vit avec sa fille âgée de 9 ans. La panique qu'a provoqué à Paris l'entrée des Allemands s'empare de cette femme un peu fruste par ailleurs qui s'enfuit le 13 juin en compagnie de sa fillette et d'une amie. Après avoir longtemps marché, elle s'arrête à Bourg-la-Reine. Elle a l'impression qu'on lui a jeté un sort. Une peur intense la secoue, elle va mourir à cause des bombardements. On agit sur elle : « quelque chose l'empêche d'avancer et d'aller où elle voudrait aller ».

Les troupes allemandes qui arrivent engagent les fuyards à rentrer à Paris. Dans son désarroi elle ne peut retrouver son chemin. Par les soins de Police-Secours, elle est conduite au Centre d'accueil du Lycée Jules Ferry et hospitalisée immédiatement à l'hôpital Henri-Rousnelle le 14 juin au lendemain de son départ tandis que sa fillette était recueillie par une amie.

A son arrivée elle est agitée, méfiante, troublée, se débat appelle au secours d'une voix stridente, refuse de prendre sa potion, doit être maintenue.

L'insomnie est complète.

Poussée fébrile à 38° et non persistante.

Examen :

Asthénie.

Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Pouls rapide se maintient ensuite à 68.

Albuminurie.

Réactions de B. W. Meinicke et Kahn dans le sang négatives.

Deux jours après « ce coup de tonnerre dans un ciel serein » la malade est calme et dort.

Six jours après son entrée elle est passée au Pavillon Ferrus. Elle est lucide, parfaitement bien orientée, ne se souvient pas de sa maladie qui lui fait l'effet d'un cauchemar, « je sais que j'ai maintenant ma tête ».

Elle sort près quinze jours d'hospitalisation.

Antécédents :

Pas d'antécédents.

A été opérée à l'âge d'un mois des yeux (malformation des paupières).

Réglée depuis treize ans, règles très irrégulières (surviennent parfois tous les trois ou quatre mois) très abondantes et durant 5 jours.

Elle n'a pas fréquenté l'école, c'est une fruste.

Ne sait pas écrire mais sait lire.

Son mari et sa fille sont bien portants.

OBSERVATION XVIII

Cas Jeanne E...

(CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE)

Professeur : LAIGNEL-LAVASTINE

C'est quelques heures après l'hospitalisation de sa sœur, que Jeanne est prise d'une crise d'agitation excitomotrice. Elle descend précipitamment dans la rue, déchire ses vêtements, harangue les voisins et ne tarde pas à attirer l'attention des passants. « J'ai eu peur. J'ai eu un mouvement nerveux en voyant tout le monde partir. Il y avait un brouillard à l'horizon... non, je n'ai pas vu d'Allemands. » Elle refuse de rentrer chez elle malgré les objurgations des voisins. Elle est hospitalisée le 14 et internée le 18 avec certificat suivant (Docteur BADONNEL).

« Présente un état anxieux, semi-mutisme, soupirs, gémissements, agitation. Interprétations et hallucinations. On l'accuse d'avoir trahi son pays, on a l'air de la prendre pour une espionne; peur d'être tuée ou violée.

Refus d'aliments.

Début à point de départ émotionnel chez une hyperémotive constitutionnelle ».

Le 19. — Au cinquième jour du début de la psychose la malade est dans un état d'anxiété profonde. Le regard est égaré, peureux, elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose ou gémit par intervalles.

L'état général est très altéré.

La malade a une attitude simulant l'attitude de rigidité décérébrée. Les lèvres sont couvertes de fuliginosités, la langue sèche, le pouls petit, la tension artérielle impossible à prendre.

P. L.

Albumine 0,40.

Eléments 0,5.

Benjoin 00000.02220.00000.

Le 23 son état général va s'améliorant.

L'état mental est stationnaire.

La tension est de 13/9.

Les urines contiennent des pigments et des sels biliaires.

Petite pousée fébrile non persistante.

Le 29 au quinzième jour du début de la maladie :

L'état général est bon. Il persiste un peu d'asthénie et de pâleur. Au point de vue mental elle est encore confuse et désorientée. De plus il existe une lacune amnésique portant sur la crise nerveuse du début jusqu'à l'heure actuelle. Lidéation est lente. L'évocation des souvenirs encore difficile.

Elle s'inquiète de sa mère, seule depuis son départ, de sa sœur qu'elle sait hospitalisée comme elle.

Pleure en pensant à ceux qu'elle a quittés.

Légère anxiété.

Le 2. — Le certificat de Quinzaine est ainsi conçu :

« Psychose d'épuisement somato-psychique, énorme déshydratation. Actuellement très améliorée au point de vue physique, mais reste encore confuse. (Professeur LAIGNEL-LAVASTINE.)

Le 10 juillet. — L'état général est excellent. La malade a retrouvé tous ses souvenirs qu'elle déroule d'une voix monocorde ne s'animant qu'à de rares instants, nous raconte les faits qui ont nécessité son admission à l'hôpital, l'état psychique dans

lequel elle se trouvait. L'orientation est bonne. Les phénomènes confusionnels sont en voie de disparition.

Cependant la malade est encore inquiète. Elle interprète dans un sens d'hostilité l'ambiance, l'attitude des malades et des infirmières. « Tout le monde a l'air d'être contre moi ». De plus elle éprouve un vague sentiment de culpabilité dont elle cherche à se disculper : « quand quelqu'un souffre, ce n'est tout de même pas moi qui en suis responsable ».

Enfin, elle se rappelle mal des faits qui se sont passés durant son séjour à l'hôpital, en particulier n'a gardé aucun souvenir de sa P. L.

Bon pronostic.

Il s'agit d'un état aigu d'allure confusionnelle à point de départ émotionnel entraînant rapidement une atteinte somatique très grande.

Evolution vers la guérison.

Antécédents :

Nous ne mentionnerons que les antécédents personnels de la malade. Les antécédents héréditaires et collatéraux sont notés dans l'observation de Simone E..., sa sœur.

Pathologiques. — Maladies de l'enfance.

Furonculose.

Abcès au sein gauche. Soignée récemment à « l'hôpital Beaujon ».

En sort très asthénique. Dépression légère datant du début de la guerre. Pour la première fois la malade se trouvait sans travail, fatiguée.

De plus, inappétence, dit « je pleurais souvent. C'était tous ces bruits de guerre qui me faisaient cela... »

Réglée depuis l'âge de 14 ans. Règles régulières, durant 4 ou 5 jours, non douloureuses. Pas de nervosité au moment des règles.

Pas d'enfant, ni de fausse-couche.

Scolaires. — Fréquente l'école jusqu'à 11 ans. Pas de C. E. P.

Professionnels. — Apprend la couture. Elle est petite main, puis brodeuse.

Travaillait depuis dix ans environ dans le même atelier.

OBSERVATION XIX

Cas Philomène

(CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE)

Professeur : LAIGNEL-LAVASTINE

Philomène, 42 ans, sans profession.

Entrée le 18 juin 1940.

A. l'entrée : 5^e jour de la maladie. — Se présente comme une déprimée simple, très bradypsychique, l'évocation des souvenirs est lente, encore un peu pénible. Mais elle n'est pas confuse, bien orientée, très légèrement dysmnésique cependant, surtout pour les faits qui ont motivé son internement.

Examen physique : entièrement négatif. T. A. : 15/8.

Le début. — Se place le 14 juin. Grande crise d'agitation anxieuse, avec confusion mentale. Orientation imparfaite.

Rétrospectivement nous mettons en évidence une scène d'onirisme nocturne (a vu un chien grimper le long de sa fenêtre) avec réaction de peur et d'anxiété (va se cacher avec sa fille au fond de l'appartement et passe la nuit à guetter). Le lendemain, sentiment de transformation de l'ambiance, persistance de l'anxiété; tentatives de quitter Paris, refuge dans une mairie du quartier, où son agitation entraîne son envoi à l'Infirmierie Spéciale du Dépôt.

Evolution. — Dès le 27 juin (13^e jour de la maladie) le retour à la normale est parfait : la présentation est très adaptée, sans anxiété. Bonne orientation, aucune amnésie, la malade raconte avec exactitude tout ce qui s'est passé. Présente une sensibilisation émotionnelle discrète.

Notons un fond de débilité mentale.

Examen physique en tout point négatif.

(1) Cette observation a été publiée par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE et par MM. BOUVET et FOLLIN à la « Séance de l'Académie de Médecine » du 4 juillet 1940.

Antécédents :

Personnels. — Maladie de l'enfance. Typhoïde. Un traumatisme crânien sans perte de connaissance à l'âge de 18 ans.

Une fille bien portante.

Du point de vue psychique : vie de tout point normale, a toujours travaillé : bonne à tout faire.

Héréditaires et collatéraux. — Rien à signaler.

Facteurs immédiats :

Psychiques. — Est depuis longtemps sans nouvelles de son mari mobilisé. S'inquiète devant la tournure des événements. Reste cependant à Paris jusqu'au certificat d'études de sa fille, et lorsqu'elle veut partir, il est trop tard. Tentatives multiples, seule, ou de concert avec ses beaux-parents, chacune vouée à l'échec, augmente son anxiété.

Celle-ci recevra un dernier coup à l'annonce de l'entrée des Allemands à Paris.

Physiques. — Ne joue pratiquement aucun rôle en dehors de légères restrictions alimentaires récentes, consécutives à son anxiété.

En résumé. — Episode anxieux, chargé secondairement d'un accès confuso-onirique, chez une femme normale, surmenée sur le plan émotif, et rapidement guérie.

OBSERVATION XX (1)

Cas Françoise

(CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE)

Professeur : LAIGNEL-LAVASTINE

Françoise, 38 ans, sans profession.

Entrée le 17 juin 1940.

(1) Cette observation a été publiée par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE et par MM. BOUVET et FOLLIN à la « Séance de l'Académie de Médecine » du 4 juillet 1940.

A l'entrée. — 5^e jour environ, état d'épuisement total de la malade : véritable état de collapsus, avec respiration superficielle. Pouls aux environs de 130, tension imprenable.

— Amaigrissement considérable, véritable fonte musculaire.

— Glycémie : 0,85 — Urée sanguine : 0,45.

— Il existe une acétonurie massive.

— Du point de vue psychique : obtusion totale. Stupeur complète.

Le début. — D'après les renseignements que nous avons pu voir, et le certificat d'internement, il semble se situer entre le 12 et le 14 juin : début par un accès de confusion mentale, avec excitation, dysmnésie, désorientation, onirisme. Anxiété. La malade a été arrêtée pour agitation dans la rue et injures aux agents.

Evolution. — Très longue à se remettre, alors que le syndrome physique s'améliore sous l'effet du traitement. Ce n'est que le 25 que nous commençons à obtenir quelques réponses aux questions. Réponses inadaptées montrant une malade profondément déprimée. Anxieuse avec un syndrome confusionnel où la désorientation et la dysmnésie sont au premier plan.

Le 1^{er} juillet, 18^e jour environ, la malade peut se lever.

Par l'interrogation, nous provoquons la reviviscence de souvenirs racontés de façon extrêmement dramatique. Le récit est fragmentaire, — la malade nous dit les circonstances qui ont motivé son départ, les scènes oniriques qui se sont déroulées dans un centre d'hébergement, — ou encore des souvenirs bien antérieurs se rapportant à son mari, aux fréquentations de son fils, aux voisins. En un mot, c'est un véritable télescopage de souvenirs. La fatigabilité est extrême, la lassitude si grande qu'il faut l'encourager pour l'amener à poursuivre son récit.

Notons que la malade paraît encore hallucinée, entend des bruits divers, dire du mal d'elle,

— Sent des courants électriques lui traverser le corps.

— A cela s'ajoutent quelques éléments interprétatifs :
« on lui fait des piqûres pour l'empoisonner ».

— Et un sentiment de transformation de l'ambiance

« les infirmières changent toute le temps », « tout change ».

Cependant la malade est relativement orientée, sait qu'elle est dans un hôpital, au début du mois de juillet.

L'examen physique est à cette date négatif — bien que la malade soit encore très maigre — *Examen viscéral* négatif.

T. A. : 12-19.

Antécédents :

Les voici d'après les renseignements que nous avons pu recueillir :

Personnels. — Pleurésie (?) dans l'enfance, avec quelques récidives.

— Un enfant B. P.

— Au point de vue psychique : vie malheureuse dans son enfance, travaille dès son jeune âge la terre. Vie normale depuis son mariage à 22 ans.

Héréditaires. — Pas de psychopathie.

Son père aurait eu mauvais caractère.

Facteurs immédiats :

Psychiques. — Semblent au premier plan : anxiété au moment de l'aggravation des événements, son mari étant d'ailleurs sur le point d'être séparé d'elle. Bavarages alarmistes des voisins. Un soir, le mari ne rentre pas à la maison.

— La malade décide de partir immédiatement. Fuite panique pour Paris d'abord... puis tentatives multiples d'aller plus loin, échec. Essaie de retourner chez elle dans la banlieue : impossibilité, toutes communications sont coupées. La malade échoue finalement dans un centre d'hébergement.

Là, elle est séparée enfin de son fils — et la psychose se déclenche.

Physiques. — Insistons sur la dénutrition, mais au début secondaire à l'anxiété.

Plus tard, marche dans Paris, entre différentes gares.

En résumé. — Chez une femme épuisée, tant du point de vue psychique que physique, sans antécédents particuliers, survient un grand accès de confusion onirique

avec anxiété. L'épuisement physique se répare en quelques jours. L'état mental reste précaire. Toutefois, le fait que les phénomènes psychiques actuels se rattachent naturellement à l'onirisme anxieux du début, doit incliner à faire porter un bon pronostic.

OBSERVATION XXI

Cas Simone E...

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Simone, âgée de 45 ans, est entrée le 14 juin 1940 à l'hôpital Henri-Rousselle; elle apparaît confuse et légèrement déprimée et nous sommes parvenus à reconstituer l'histoire suivante :

La malade couturière à Puteaux vivait de façon assez modeste avec sa mère et sa sœur, brodeuse, mais en chômage, depuis août 1939. Ces trois femmes ont été vivement impressionnées par les bombardements. Leur émotion et leur anxiété se sont accrues à l'approche des Allemands et elles décident précipitamment le 11 juin de partir non loin de là en Seine-et-Oise, à Chatou, chez un de leurs cousins en emportant de menus bagages.

Le lendemain, à l'annonce d'un ordre d'évacuation de Chatou les trois femmes regagnent leur domicile. A peine arrivée, la malade a une crise d'agitation psycho-motrice que sa sœur et des voisins réduisent à grand'peine. Le lendemain après une nuit passée dans une violente agitation et des cris, des agents la conduisent à l'hôpital Henri-Rousselle. Bientôt c'est sa sœur qui à son tour est conduite à l'hôpital dans un état d'agitation à peu près semblable.

Pendant une journée cette agitation persiste. Elle crie un chapelet en main disant qu'elle voulait sauver Dieu et la France en péril. Elle est onirique : elle voit des incendies qui la terrifient.

Le 18, la crise décroît, la malade est anxieuse mais elle a l'impression d'avoir vécu un cauchemar : « Tous les événements sociaux l'ont bouleversée ». Elle « espérait que les Allemands seraient contenus ». On l'a per-

sécutée, brutalisée : on lui a lié les poignets, (probablement pendant son transfert du domicile à l'hôpital). Ces souvenirs sont encore imprécis, mais elle garde la conviction ferme qu'elle a été hypnotisée ainsi que sa sœur. « Cependant, elle n'a pas d'ennemis et suppose que ce sont peut-être les voisins malveillants qui l'ont ainsi maltraitée au moment de son départ à l'hôpital, parce qu'elle est catholique pratiquante. Elle s'inquiète de sa mère.

L'insomnie tend à disparaître. Cependant elle ne se rappelle plus très bien des événements initiaux du délire et de son contenu. Elle reste fatiguée. Elle a des céphalées.

Le 24 et les jours suivants nous notons une notable amélioration depuis son entrée dans le service.

Actuellement, elle est calme, lucide, ne se rappelle plus de son délire, se souvient seulement d'avoir vu une ombre immense dans le ciel d'où perçait une clarté qui l'attirait : « C'était peut être une illusion ».

Elle a pleinement conscience de son état morbide. Cependant elle garde encore une certaine réserve touchant les circonstances mystérieuses du déclenchement de son accès psychopathique.

Examen physique :

Type longiligne.

Aspect présénile. Canitie précoce.

Amaigrissement léger.

Examen neurologique négatif.

Urée sanguine = 0 gr. 26.

Réactions sérologiques négatives.

Antécédents :

Héréditaires. — Père mort en Février 1917 d'une tumeur intestinale à l'âge de 52 ans.

Mère âgée de 75 ans — cardiaque — variqueuse — et légèrement affaiblie.

Personnels. — Congestion pulmonaire à l'âge de 23 ans, réglée depuis l'âge de 14 ans de façon régulière.

Ménopause en cours depuis mars 1940.

Pas d'enfants ni de fausse-couche.

Collatéraux. — 1 frère soigné pour sclérose en plaques discrète.

1 sœur âgée de 42 ans. A l'occasion des événements de guerre elle vient de faire un épisode psychopathique aigu dans les mêmes conditions que celles que nous venons d'énumérer à propos de notre malade. (cf. observ. XVIII.)

III. — *Les psychoses d'épuisement somato-psychique.*

OBSERVATION XXII

Cas Juliana

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Notre malade, âgée de 59 ans, habitait Malines avec son mari, employé à la Banque Nationale. A l'annonce de l'invasion de la Belgique, elle se décide à partir avec sa fille et son gendre en emportant ses bijoux et ses objets les plus précieux, pour gagner le centre d'hébergement d'Aurillac (Cantal) destiné aux Belges.

En cours de route, entre le 11 et le 16 mai, elle commence à être anxieuse, les gens qui l'entourent font des signes bizarres. Une fillette a fait des gestes incorrectes (ce qui plus tard sera confirmé par le gendre de la malade qui l'accompagne à l'hôpital). Elle a vu des éclairs traverser le compartiment à plusieurs reprises. Partout on la suit, on l'épie pour lui faire du mal. Il faut se méfier: les trains sont actuellement pleins d'espions. Ces gens-là qui l'entourent sont des espions ou des juifs. Un homme et une femme assis en face d'elle, dans le compartiment de chemin de fer, faisaient des signes avec une lumière ou en balançant alternativement leurs jambes. Qui sait, peut-être croit-on qu'elle-même est une espionne? Aussi, inquiète par cette ambiance étrange, à son arrivée à la gare d'Austerlitz à Paris, la malade refuse de monter dans le train malgré les supplications de sa famille. Elle est conduite au Centre d'Accueil de l'U.F.F. et hospitalisée le 17. Tandis que sa fille et son gendre continuent leur route.

A son arrivée, elle est assez calme mais au moment où on lui présente sa potion, elle a une crise d'agitation psycho-motrice anxieuse. Elle ne veut plus rester dans cette salle et se précipite vers la porte. Elle a peur qu'on l'empoisonne, injurie grossièrement le personnel infirmier, se défend d'avoir parlé d'Hitler. Elle doit-être main-

tenue; l'insomnie est totale, toute la nuit elle parle en dialecte wallon.

L'examen à l'entrée, montre des réflexes tendineux normaux; les pupilles myotiques, réagissent à la lumière.

Exophtalmie légère. Pas de tremblement. T. A. 13-5.

La température est à 37,8. Pas d'albuminurie.

Les réactions de B. W. Meinicke et Kahn dans le sang sont négatives.

Le 20 mai. — La malade est plus calme, cependant elle conserve toujours ses convictions délirantes.

Dans les jours qui suivent, petit épisode grippal : la température s'élève à 38-38,5 pendant 4-5 jours. A partir du 26, elle décroît progressivement; parallèlement, l'état mental s'améliore: les idées délirantes ont disparues: « c'était une idée ». Elle explique son anxiété et sa frayeur par les émotions de la guerre, la fatigue, et une sous-alimentation depuis les huit derniers jours précédent son entrée à l'hôpital. Elle est bien orientée et exprime sa reconnaissance pour les soins donnés.

Le 28, des démarches sont entreprises pour son transfert au Centre d'Accueil des Tourelles, qui doit se charger d'assurer son évacuation et lui permettre de rejoindre sa famille.

Le 3 juin, en bonne voie de guérison, elle sort de l'hôpital.

Antécédents :

Héréditaires. — Père mort d'une congestion cérébrale. Mère morte d'un néo-de l'estomac.

Collatéraux. — 1 sœur diabétique et aveugle; 2 frères bien portants.

Personnels. — *Pathologiques.* Sinusite à 54 ans, a toujours été réglée régulièrement à partir de 11 ans et demie jusqu'à 55 ans. N'est donc plus réglée depuis 4 ans. Pas de maladies nerveuses.

Familiaux. — 1 fille bien portante; mari, bien portant.

OBSERVATION XXIII (1).

Cas Alice

(CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE)

Professeur : LAIGNEL-LAVASTINE

Alice, 48 ans, brocanteuse. Admise le 18 juin 1940.

Examen à l'entrée. — Vue au 5^e jour de la psychose.

Il s'agit d'une malade un peu confuse, amnésique et désorientée. (Elle ne sait pas exactement où elle est, ne peut donner la date de son entrée que d'une façon très imprécise).

Ses souvenirs sont très flous, elle raconte qu'elle est partie de chez elle, décrit une scène de panique où se mêlent, comme le montre la suite de l'observation, des vestiges de phénomènes oniriques: une femme lui aurait donné 500 francs et fait écrire une lettre compromettante.

De plus la malade est encore subanxieuse. Elle s'inquiète de son sort et de celui de son fils mobilisé, dont elle reste sans nouvelles.

A l'examen physique, l'on constate un état de dénutrition légère avec déshydratation, une tachycardie à 100. L'examen viscéral est négatif.

Le début : Les certificats, une enquête, nous apprennent que les phénomènes ont débuté le 13 juin, au cours d'une évacuation mouvementée, par un état de grande confusion, avec interprétations, illusions et hallucinations. L'anxiété était profonde. Une tentative de suicide (s'est jetée sous un camion) a motivé son internement.

L'évolution : se fait rapidement vers la guérison.

Au 11 juillet, sort un mois après le début probable de la maladie, son état est sensiblement normal.

On ne trouve aucun phénomène onirique. Elle est bien orientée. L'anxiété a beaucoup diminuée. Seule persiste

(1) Cette observation et la suivante ont été publiées par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE et MM. BOUVET et FOLLIN à la « Séance de l'Académie de Médecine » du 4 juillet 1940.

une amnésie lacunaire presque complète qui recouvre toute la période du 13 au 18 juin : la malade est incapable de se rappeler les incidents de son évacuation. Elle ne garde aucun souvenir de sa tentative de suicide. L'état physique est satisfaisant.

Antécédents : /

Ne révèlent rien de de particulier. Pas de psychopathie dans la famille.

Personnels. — Maladie de l'enfance. Une grossesse extra-utérine. Pas de fausse-couche. Un enfant B. P.

Sa vie personnelle a été difficile: Père méchant. Mère remariée. La malade quitte la maison jeune pour se placer. Apprend ultérieurement le métier de brocanteuse qui lui a permis, avec des sacrifices, de donner à son fils, une certaine instruction.

Facteurs immédiats. — *Psychiques.* Malade inquiète depuis quelque temps de n'avoir pas de nouvelles de son fils mobilisé. Devient anxieuse devant la vague de réfugiés traversant ou quittant Paris.

Physiques. — Alimentation presque nulle depuis 5 ou 6 jours.

Marche : se décide à quitter Paris avec des amis, fait d'abord 6 km. sans eux, puis revient les chercher, et va à pied jusqu'à Palaiseau, où il semble qu'ait débuté, manifeste, l'épisode confusionnel qui éclatera deux ou trois jours plus tard, après que les autorités allemandes l'aient fait reconduire à son domicile. Elle semble avoir fait 50 km. à pied.

En résumé : Il s'agit d'une femme sans la moindre tare héréditaire, qui, inquiète depuis longtemps, réagit d'une façon excessive au spectacle de l'évacuation (surmenage affectif) — est sous-alimentée, fait un effort physique et présente un épisode confusio-onique d'une durée de 8 jours environ. Sa seule séquelle est une amnésie lacunaire.

OBSERVATION XXIV

Cas Madeleine

(CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE)

Professeur : LAIGNEL-LAVASTINE

Madeline, 40 ans, sans profession.

Entrée le 18 juin 1940.

A l'entrée, 3^e jour, présente un état de confusion mentale en voie de régression.

Elle est encore désorientée, se doule à peine qu'elle est dans un hôpital, ne sait pas la date.

Elle répond aux questions, mais garde une présentation un peu égarée, tourne la tête de côté et d'autre, avec par moment une mimique de peur discrète et d'anxiété. Elle présente encore quelques phénomènes oniriques sous forme surtout d'hallucinations auditives élémentaires.

Elle est amnésique, ne se souvient pas de ce qui s'est passé, amnésie surtout lacunaire, et lenteur de l'évocation des souvenirs.

L'examen physique montre des ecchymoses multiples, un état de dénutrition discret. Pouls : 80. Examen viscéral négatif.

Le début : semble dater du 14 ou 15 juin, sous la forme d'un grave accès de confusion mentale avec onirisme et anxiété.

Trouvée errante sur une grande avenue, alors qu'elle gesticulait et criait, pensait que les Allemands voulaient lui couper la tête, que ceux-ci avaient déjà tué sa fille. Elle l'a vue « étalée ». Tout le monde était « étalé » par terre. Réaction de fuite au cours de laquelle la malade abandonne sa fille. Le certificat d'internement signale un état d'épuisement physique prononcé.

Evolution : L'amélioration est rapide. Le 10 juillet, en effet, soit au 25^e jour après le début probable, la malade est encore dysmnésique, ne se souvient pas de ce qui s'est passé, ni pourquoi on l'a conduite à l'hôpital.

Mieux orientée, cependant, se croit dans un service de

psychopathies, sait que nous sommes à la fin du mois de juin.

Elle répond aux questions d'une manière relativement adaptée.

Mais surtout, elle est encore hallucinée: Entend la voix de sa fille qui l'appelle, et présente quelques interprétations délirantes, croit entre autres que l'un de nous est le protecteur de sa fille.

Enfin un fond de débilité mentale est probable.

L'examen physique à cette date est négatif.

Le 1^{er} juillet, persistance des hallucinations et d'une amnésie lacunaire. Bien orientée. Adaptée au monde extérieur.

Antécédents :

Personnels. *— Rien de particulier, maladies de l'enfance, scarlatine. Un enfant de 6 ans bien portant.

Quelques habitudes de boisson, discrètes.

La vie personnelle n'offre rien de particulier à noter.

Héréditaires et familiaux. — Rien à signaler chez ses ascendants directs; par contre, une tante et une cousine au 2^e degré sont internés.

Facteurs immédiats. — *Psychique :* Malade évacuée de Meaux depuis le début du mois de juin. Très inquiète. Arrive à Paris dans de mauvaises conditions morales. Vit pendant quelques jours avec sa fille dans un centre de réfugiés. Il semble que dans ce centre se soit produit une scène d'onirisme nocturne.

Physique. — Sous-alimentation depuis la guerre. La malade, petite propriétaire, avait vu ses revenus réduits à néant depuis le début de la guerre et, grâce à de menus travaux, à des privations a pu continuer à élever sa fille.

Nettement sous-alimentée durant le voyage de Paris à Meaux et depuis dans le centre où elle est recueillie.

En résumé. — Chez une malade, petite débile mentale; ayant des antécédents collatéraux chargés, récemment sous-alimentée, et ayant subi des chocs émotifs importants, est survenu, un accès de confusion mentale, avec onirisme pénible. Les phénomènes aigus ont peu duré. Il persiste cependant des hallucinations auditives, avec

quelques interprétations, pour lesquelles on est en droit d'envisager un bon pronostic. Elles ont, en effet, tous les caractères des séquelles d'un état onirique — et sont soutenues par l'inquiétude bien naturelle d'une mère qui n'a pas de nouvelles de sa fille.

OBSERVATION XXV

Cas Marthe

(HÔPITAL PSYCHIATRIQUE STE-ANNE)

Service du Dr Th. SIMON

Le certificat de placement du 5 juillet 1940 (Dr Largau) est ainsi conçu : « est atteinte d'excitation maniaque avec très vive agitation motrice et verbale : cris, chants, plaintes, gesticulations, la rendant dangereuse pour elle-même et les autres et nécessitant son placement dans un établissement consacré aux affections mentales. Aucun examen humoral n'a encore été pratiqué ».

A son arrivée, l'excitation maniaque de la malade ainsi que son état somatique grave avec fièvre oscillant autour de 39° est tel qu'il ne nous a pas permis d'obtenir le moindre renseignement au sujet de la malade.

Le lendemain, son mari, inquiet légitimement de son état, vient nous apporter des renseignements autobiographiques et l'histoire clinique suivante :

Marthe, à l'arrivée des Allemands à Paris, inquiète pour son mari de nationalité tchécoslovaque, mais naturalisé français et pour son fils, parti à bicyclette chez sa nourrice dans le Cher, part à son tour le 13 juin, au soir, accompagnée de son mari. Les routes encombrées par une population qui entrave la marche des armées et où se trouvent confondus pêle-mêle la troupe et les civils, sont bombardées par l'aviation adverse. Nos deux fuyards n'échappent pas au sort réservé à la foule et sont bombardés entre Nemours et Montargis. A Gien, ils subissent l'action conjuguée du bombardement et de l'artillerie. Par une chance inespérée les bombes n'atteignent pas leur objectif et il n'y a pas de morts ni de blessés dans le groupe où se trouvaient Marthe et son mari. Cette dernière est « morte de peur », cependant elle n'en continue

pas moins son chemin en proie à des alternatives d'espoir ou de tristesse en pensant à son fils.

« Il doit lui être arrivé malheur, écoute, il doit être mort », disait-elle à son mari. Le lendemain elle changeait d'avis. Car elle met plusieurs jours pour atteindre Muetz but de son exode. Il est difficile de suivre jour par jour les différentes étapes de ces deux malheureux car le mari lui-même, bien qu'en pleine intégrité psychique sinon physique, ne se rappelle que très imparfaitement le déroulement chronologique des faits qui se sont passés.

A Gien, alors que la malade était déjà épuisée par la marche, la fatigue, une sous-alimentation confinant à la dénutrition (elle aurait mangé une tablette de chocolat et un morceau de pain durant une semaine), l'insomnie (elle couchait sur le bord des routes, dans les fossés. Elle a couché seulement 2 nuits sur une paille et toute habillée) les émotions de 2 bombardements, bombardements qui ont d'ailleurs été sans effets immédiats sur son esprit, l'atmosphère de panique qu'elle respirait depuis son départ de Paris, cet ensemble de circonstances déterminent chez elle et dans un organisme épuisé un état d'onirisme avec troubles psycho-sensoriels probables et qui est le prélude de son état psychopathique actuel. A Gien donc, nos 2 réfugiés décident de prendre un train qui doit aller à Nevers et ils passent la nuit étendus dans un wagon sanitaire. Marthe se réveille en sursaut, s'écriant « on m'assassine, on me vole », répétant ceci à plusieurs reprises. Elle refuse de s'endormir car elle a peur d'être chloroformée et enlevée à cause de ses opinions politiques « de gauche ». Elle a peur dans ce wagon avec ses murs peints en blanc. Et cela fait aussi au mari une « drôle d'impression ». Il essaie de calmer la malade mais c'est peine inutile. Le lendemain matin, ses règles se déclarent, la malade est nerveuse sans plus. Elle continue d'avancer. A Cosne elle doit traverser la Loire qui en ce point, forme 2 bras. L'un est à sec et la traversée facile, l'autre plus périlleuse et elle doit emprunter le secours d'un canot. Elle arrive enfin à Muetz. Là elle ne manifeste pas une joie immodérée de retrouver son fils sain et sauf. Elle est morne, indifférente, manifeste quelques idées de persécution surtout à l'égard d'une belle-sœur jalouse de sa bonne entente conjugale

alors qu'elle même est divorcée. Parfois elle avait des crises de larmes brutales ou parlait à tort et à travers de choses anciennes et incompréhensibles pour son entourage. Elle disait qu'on avait tué son père, qu'on voulait la fruster de son héritage.

Et d'autre part elle était anorexique et insomniaque. Refuse de consulter un médecin.

Il semble qu'arrivée le 23 à Muetz Marthe et son mari en repartent le 26 pour gagner Paris où ils arrivent le 28 complètement épuisés. Ils font une partie du trajet en « auto-stop ». Ce n'est qu'à partir de Montargis, c'est-à-dire à une centaine de kilomètres de Paris qu'ils sont ramenés en camion.

La malade s'alite dès son retour. Comme elle est excitée son mari veut la conduire à l'hôpital Henri Rousselle mais elle est incapable de descendre les marches qui conduisent au métropolitain. Pas de taxis. Que faire ? En désespoir de cause le mari casse un avertisseur de police et demande une voiture pour faire interner sa malheureuse épouse. Le brigadier de police estime qu'on doit la conduire à l'Hôtel-Dieu. Elle y reste 3 jours dans un état d'agitation psychomotrice marquée.

Examen à l'entrée :

Visage vultueux.

Sudation.

Tremblement.

Langue rôtie.

Lèvres couvertes de fuliginosités.

Température à 38°7. Pouls rapide.

Examen neurologique négatif.

Logorrhée intarissable, turbulence, insomnie.

Le lendemain : l'urée dosée dans le sang est à 0,60.

Les réactions sérologiques sont négatives.

L'agitation persiste, propos incohérents se succèdent.

La voix devient rauque, la malade est abattue.

Le 8, la malade est mieux. La température s'est abaissée.

Elle ne se rappelle pas des tragiques événements qui se sont déroulés avant son entrée. Donc amnésie lacunaire.

L'agitation a disparu.

Le pronostic serait excellent si une complication intercurrente ne s'était déclarée le 9 juillet : parotidite avec élévation brutale de la température.

Antécédents :

Héréditaires. — Père mort à 68 ans d'asthme.

Mère morte d'un ulcère d'estomac à 60 ans.

Collatéraux. — 2 sœurs : 43 et 36 ans. B. P.

Personnels. — Pathologiques. Tempérament nerveux. Frigidité sexuelle.

Pas de maladie.

Une fausse-couche en 1929 de 3 mois.

Mal réglée. Règles irrégulières en fréquence.

Familiaux. — Mari 46 ans. A eu autrefois un « échauffement ». Actuellement : fatigue physique.

1 enfant, 18 ans. B. P.

Scolaires. — Pas de C. E. P. « esprit développé pour son instruction » dit le mari.

Professionnels. — Femme de chambre. Ne travaillait plus depuis 1 an.

O B S E R V A T I O N XXVI

Cas Isabelle

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Depuis le mois de mai 1940 la malade est fatiguée par le dur travail qu'elle accomplit dans l'usine où elle travaille onze heures par jour y compris le 7 septembre 1939 et surtout pour son fils qu'elle avait envoyé chez une tante; cette dernière a si mal soigné l'enfant qu'elle le reprend le confie à une personne de son entourage laquelle ne peut le garder. Et finalement il est mis en pension à Clamart le 7 mai. Environ un mois après il est évacué dans le département de la Vienne. Le 12 juin, elle cesse son travail « car toute le monde partait ». Le 13 elle va et vient dans son petit logement incapable de prendre une décision et cependant désireuse de rejoindre

son fils. Le 14 ses voisins inquiets de son attitude la font hospitaliser à l'hôpital Broussais « Il me croyait folle... je n'étais pas folle mais c'était le désespoir ».

Elle tente avant son départ à l'hôpital de se jeter par la fenêtre mais les voisins interviennent à temps. « Dans mon idée je devais mourir car je n'avais plus de nouvelles de mon fils mais je ne voulais pas vraiment mourir ». Enfin des hallucinations auditives de caractère très pénibles contribuent beaucoup à augmenter l'anxiété de la malade.

« J'entendais des voix, certaines gémissaient, d'autres pleuraient. C'étaient des gens dans la rue qui parlaient très fort et cependant regardant à la fenêtre je n'ai vu personne dans la rue. »

L'insomnie est marquée et rebelle. Le 20 juin elle est transportée de l'hôpital Broussais à l'hôpital Henri Rousselle où le tableau clinique n'a pas sensiblement varié.

La malade réclame sa sortie : « car si mon mari arrive à la maison il ne trouvera plus personne et il deviendra fou comme moi et que deviendra mon fils ».

Elle s'inquiète aussi d'une arme que son mari a achetée récemment qui n'est pas déclarée et qu'elle aurait dû réclamer.

Après huit jours d'hospitalisation on remarque une sédation des symptômes. Cependant la malade est toujours émotive, pleure violemment à la pensée de son fils et de son mari.

« Lorsque je commence à pleurer c'est plus fort que moi je ne puis pas m'arrêter... »

Elle est anxieuse par intervalles.

Les hallucinations ont entièrement disparu. La malade a conscience du caractère morbide de sa maladie. -

Elle est bien orientée.

Dysmnésies peu marquées.

Evolution.

Malade encore sensibilisée émotionnellement en voie de guérison.

L'examen physique montre un faciès coloré avec un léger tremblement.

La malade est constipée de façon régulière et souffre de céphalées assez intenses.

Antécédents :

Héréditaires. — Père buveur mort à l'âge de 66 ans.

Mère bien portante.

Personnels. — En 1936, petite intoxication intestinale; souffre d'appendicite chronique. Pas d'antécédents psychopathiques, pas de fausse-couche.

Bien réglée depuis l'âge de 13 ans 1/2.

1 Fils de santé assez fragile, souffre d'otite chronique.

Collatéraux. — Une sœur bien portante.

La malade avait deux cousins âgés respectivement de 8 et 7 ans.

Le premier mort à 8 ans aurait été un enfant instable et précocement fugeur.

Le deuxième âgé de 7 ans serait arriéré.

Les renseignements fournis par la malade sont assez vagues car elle n'a jamais eu de rapports familiaux avec eux.

Conclusions. — Isabelle a fait un accès de dépression colorée par quelques hallucinations auditives en relation directe avec ses préoccupations habituelles. On ne peut ici parler de confusion franche.

D'ailleurs cette bouffée dépressive a écloé à la suite d'un surmenage affectif durable et intense, surmenage auquel elle a mal résisté à cause de ses conditions de travail, difficile.

OBSERVATION XXVII

Cas Marie-Jeanne

(HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE)

Notre malade âgée de 56 ans est évacuée après quatre jours de bombardements de la petite ville d'A... dans le département du Nord avec ses deux enfants une fille âgée de 26 ans et un fils de 19 ans le 16 mai 1940.

Elle a fait à pied 150 kilomètres environ et à plusieurs reprises est mitraillée par l'ennemi. Au cours de sa fuite, elle est, d'autre part très effrayée par la vue d'un camion

emportant de nombreux blessés et peut être des morts, et par la vue de chevaux éventrés sur la route. Mais elle n'en poursuit pas moins son chemin. Non loin de Péronne, elle est recueillie par un camion qui la transporte dans cette ville. Ses enfants eux-mêmes montent dans un autocar qui part en avant du camion. A Péronne elle ne retrouve pas ses enfants et part bientôt à pied en compagnie d'une de ses voisines qui fuyait comme elle devant l'armée allemande. Un camion conduit par des militaires transportent les deux femmes à Senlis. Elles passent la nuit dans l'autocar arrêté dans la forêt et depuis 48 heures pour la première fois elles sommeillent quelques heures. Elles prennent le train de Senlis à Paris.

Dans le train elle se remémore une conversation de son fils lui disant qu'il a vu quatre personnes suspectes à A... un civil et trois religieuses qui devaient vraisemblablement appartenir à la cinquième colonne, celles-ci avaient une mimique particulièrement expressive et s'exprimaient de façon étrange. Or, au cours du trajet elle est frappée par l'expression d'un voyageur, expression semblable à celle décrite par son fils pour les quatre suspects d'A... A l'arrivée à Paris, le 18, elle prévient le chef de gare qui fait immédiatement procéder à l'arrestation du suspect (?).

A leur arrivée, les deux femmes sont surprises par une alerte au cours de laquelle notre malade perdit sa compagnie de voyage. Pour retrouver cette dernière et surtout ses deux enfants qu'elle supposait devoir arriver bientôt avec un train de réfugiés, elle passe toute la nuit dans la gare sans même songer à prendre la moindre nourriture. D'ailleurs c'est à peine si au cours de sa fuite elle a absorbé le 16 au soir un frugal repas et le lendemain quelques biscuits que lui ont donnés des soldats à Senlis.

Le jour suivant elle est hospitalisée à l'hôpital Lari-boisière et immédiatement après à l'hôpital Henri Rousseau. A son arrivée, elle s'écrie qu'une espionne lui a pris ses enfants; elle va mourir et réclame qu'on lui fasse une piqûre sur l'heure pour lui épargner les affres de l'agonie. Puis elle sombre dans le mutisme le plus complet. Toute la nuit elle est en proie à une vive agitation, gifle ses voisines de lit et doit être maintenue.

Les examens pratiqués à l'entrée montrent un léger tremblement, des réflexes tendineux normaux. Ses pupilles sont myotiques mais réagissent normalement.

Constipation légère.

La T. A. est de 12,5/7. Traces d'albumine dans les urines.

Les réactions de B. W. Meinicke et Kahn sont négatives.

Petite poussée thermique au troisième jour non persistante.

Les jours suivants l'agitation disparaît. La malade est triste, préoccupée du sort de ses enfants. A peur de ne plus les revoir ou croit qu'ils sont blessés : insomnies fréquentes.

Dans la période s'étendant du 6 au 26 juin, elle reste triste, a parfois des crises de larmes devant l'insuccès des recherches faites pour retrouver ses enfants. Dit elle-même : « si j'avais des nouvelles de mes deux enfants je ne serais plus triste. Je serai seule à présent sans eux (la malade en effet a perdu son mari et deux enfants).

Actuellement elle est calme, pas insomniaque, bien orientée. L'anxiété a disparu. On peut noter une légère dysmnésie dans le rappel de ses souvenirs et un léger degré de tristesse en pensant à ceux dont elle est séparée.

Sa sortie va être envisagée prochainement.

Antécédents :

Héréditaires. — Père mort à l'âge de 44 ans d'un phlegmon de la main.

Mère morte à 71 ans d'un cancer de la langue.

Collatéraux. — 3 frères.

L'aîné serrurier 60 ans, bien portant.

Le deuxième, bourrelier, 58 ans débile mental probable.

Le troisième mort à l'âge de 38 ans d'une angine de poitrine.

Personnels. — *Pathologiques.* A eu une « fluxion de poitrine » à l'âge de 15 ans; réglée depuis l'âge de 15 ans jusqu'à 51 ans.

A eu quatre enfants dont deux sont morts à l'âge de cinq et quatre ans respectivement d'une scarlatine maligne et d'une congestion pulmonaire post-grippale.

Les deux autres sont bien portants.

Le mari cultivateur est mort à 44 ans d'une hernie étranglée.

Scolaires. — Fréquente l'école jusqu'à 13 ans. Pas de C. E. P.

Professionnels. — Devient couturière, se marie, à 19 ans, et cesse peu après d'exercer son métier. A la mort de son mari tient un petit commerce d'épicerie qui la fait vivre honorablement.

Conclusions. — Ce cas nous paraît particulièrement démonstratif de l'origine souvent complexe des psychoses dites réactionnelles et plus spécialement d'« épuisement ».

L'intrication des facteurs physiques et psychiques est telle qu'il est vain d'essayer d'attribuer aux uns ou aux autres une prépondérance quelconque.

Notons que chez cette femme dont la vie personnelle est fertile en périodes douloureuses susceptibles de déclencher un accident psychopathique (deuils multiples) nous n'avons rien trouvé qui y ressemble en quoi que ce soit. Il a fallu la conjonction de causes nombreuses pour qu'éclate une bouffée confusionnelle.

OBSERVATION XXVIII (1)

Cas Simone T...

(CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE)

Professeur : LAIGNEL-LAVASTINE

Simone, 32 ans, sans profession.

Entrée le 17 juin 1940.

A l'entrée. — Quatrième jour de la maladie.

(1) Cette observation a été publiée par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE et par MM. BOUVET et FOLLIN à la « Séance de l'Académie de Médecine » du 4 juillet 1940.

Elle est confuse, agitée et anxieuse. Ne répond pas aux questions. Tremble, regarde de part et d'autre, ne peut rester en place. Sa mimique exprime manifestement la peur. A d'autres moments elle sourit sans raison apparente et prend une attitude hallucinatoire.

L'état physique est franchement mauvais : ecchymoses nombreuses.

Ampoules aux pieds.

Déshydratation avec hypotension : 10-7 et tachycardie à 100.

L'examen systématique est négatif.

Urée sanguine : 0 gr. 60.

Le début. — Manifestations confusionnelles le 13 juin. Agitation. Actes incohérents. Fuite au cours d'une évacuation à pied. Dans la nuit, alors que la malade se trouvait dans un Centre de réfugiés, éclate un grand accès d'onirisme terrifiant avec réactions panophobiques, qui a nécessité son hospitalisation.

Evolution. — Le 26 juin, douzième jour, la malade n'est que peu améliorée. Calme dans son lit, elle mange et boit seule, mais reste dans un état de semi-stupeur.

Elle est encore très confuse, bradypsychique, très désorientée et dysmnésique.

Par des questions répétées, nous provoquons la reviviscence d'une scène d'onirisme très dramatique, où interviennent des visages amis et ennemis, une voiture automobile, son train (l'évocation de celui-ci augmente son anxiété), les Allemands. La malade joue la scène qu'elle évoque, avec une sincérité, une vigueur surprenante. Elle répond, interroge des interlocuteurs imaginaires, proteste s'agite, se plaint. Hallucinations visuelles et auditives persistent.

L'état physique est très amélioré.

Le 10 juillet. — Malade beaucoup plus calme, mais encore désorientée, dysmnésique. Le tableau clinique se modifie; elle est opposante et par moments discordante.

Antécédents :

Personnels. — Ne présentent rien de particulier en dehors de 2 accouchements d'enfants morts dès leur nais-

sance (accidents obstétricaux probables).
exacts).

— Du point de vue psychique, vie très calme, en tous points normale.

Héréditaires et collatéraux. — Rien à signaler.

Facteurs immédiats :

Psychiques. — Très important ébranlement émotionnel aux environs du 10 juin : une batterie d'artillerie installée devant sa maison (Banlieue nord de Paris, tire sans cesse, chute du lustre sur la table pendant un repas).

— Puis fuite panique avec son mari. Incidents de voyage divers (automobile en panne, réparée à la hâte, et de nouveau arrêtée).

— Nécessité de poursuivre la route à pied. A ce moment apparaissent les premiers signes de nervosité, les actes sont un peu incohérents, la malade a une vive altercation avec son mari. Au centre d'hébergement celui-ci doit l'attacher, mais malgré cela elle réussit à s'enfuir.

Physique. — La malade s'alimente normalement jusqu'au jour de la fuite. Par contre, grosse fatigue musculaire du fait d'un déménagement rapide, du voyage difficile en auto et des 8 à 9 heures de marche à pied.

En résumé. — Apparition chez une femme en tous points normale, d'un grand accès de confusion avec onirisme terrifiant, à la suite d'une fatigue musculaire importante et d'un choc émotif intense. Persistance 1 mois après le début du phénomène psychique d'allure grave, mais en rapport avec les phénomènes de début.

Pronostic encore difficile à préciser.

ETUDE ANALYTIQUE

Avant de tirer de ces observations, une conclusion quelconque, nous voulons exposer l'idée directrice qui nous a guidé dans ce travail. Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, en nous invitant, à faire cette thèse, nous a proposé l'étude des Psychoses d'épuisement somato-psychiques, déclenchées par les événements actuels. Par le choix même d'une telle dénomination, il nous indiquait une voie précise, bien définie. Cette étude n'a pas pour objet le dénombrement statistique de tous les psychopathes entrés dans les différents services de Sainte-Anne, au cours de la semaine tragique, de l'occupation de Paris. Elle ne prétend pas davantage mettre au point la séméiologie de toutes les psychoses de la guerre de 1940, ni apporter une contribution de plus à l'étude des causes morales de la folie. Nous n'avions en vue que l'étude des cas qui semblaient en relation directe, avec un surmenage affectif ou physique notable.

Mais, pour mieux faire comprendre, la limitation exacte du groupe que nous cherchions à isoler ne faut-il pas, après bien d'autres, rappeler les différents types réactionnels de JASPERS (30). JASPERS envisageant avant tout le côté psychologique de la réaction dit de celle-ci qu'elle est : la réaction de l'Ame par rapport à une expérience psychologique. Disons tout de suite, que les conditions physiologiques, accompagnant le trauma psychologique, lui paraissent avoir une importance capitale : « elles préparent en partie le sol, pour

la nature particulière de la réaction ». Quant à la réaction psychologique, elle peut avoir deux aspects différents : ou bien l'état psychosique engendré ne semble avoir aucun rapport avec la cause déterminante. Tel est le cas d'une agitation maniaque secondaire à une émotion douloureuse. La psychose semble alors uniquement occasionnée, ou bien, au contraire, le trouble morbide s'apparente par son contenu avec le traumatisme psychologique initial. Tel est l'accès d'onirisme anxieux, secondaire à une scène de violence. Dans cette dernière éventualité, il y a un tel lien entre le choc et l'état mental que le vulgaire n'hésite souvent pas de façon abusive, à établir entre eux un lien de causalité formel. Ces dernières psychopathies sont dites par JASPERS réactionnelles alors que les premières sont, comme nous l'avons dit plus haut, seulement occasionnées. Et désireux de chercher quels étaient les facteurs pathogéniques de ces réactions vraies, nous avons sur elles porté tout spécialement notre effort. En réunissant cette trentaine d'observations, nous n'avons aucune idée préconçue sur le mécanisme pathogénique possible. Et dans tous les cas, nous nous sommes efforcés d'avoir des renseignements absolument objectifs sur le terrain auquel l'on a accordé une importance si considérable, et sur les facteurs immédiats physiques et psychiques qui ont précédé l'épisode morbide. La dénomination de psychose d'épuisement somato-psychique nous était proposée sans qu'y soit attachée une signification pathogénique quelconque. Elle tendait simplement à délimiter de façon certaine, un groupe de faits cliniques. Et si la conclusion de ce travail est que justement l'épuisement joue un grand rôle dans la genèse de tels cas, c'est que l'examen des faits nous a paru l'imposer.

I. — LES FACTEURS IMMÉDIATS.

Les malades qui arrivaient en foule de l'hôpital Henri-Rouselle, ou de l'Asile Clinique, dans les jours qui ont immédiatement suivi le 13 juin 1940, avaient une histoire très différente selon les cas, comme le montrent les observations rapportées plus haut, les uns avaient subi toutes les vicissitudes d'une évacuation, longue, douloureuse, ou d'une fuite panique mal préparée. Beaucoup avaient accompli des trajets considérables à pied, souvent surchargés sans nourriture, quelquefois sans eau. D'autres étaient restés à leur domicile et y avaient vécu des heures d'angoisse, sans fournir un effort physique, ou parfois, dans une agitation stérile. Une troisième catégorie de ces malheureux avaient souffert à la fois et de difficultés matérielles, et d'un surmenage affectif, parfaitement normal: évacuation précipitée sous le feu de l'aviation et de l'infanterie, par exemple.

Et ainsi s'imposait une classification naturelle des facteurs immédiats, dont l'action se fit sentir avant qu'apparaisse une manifestation psychopathique si légère soit-elle.

1°) *Facteurs physiques.* — Les marches de 30 km.-40 km. par jour n'ont pas été exceptionnelles : Une de nos malades a sensiblement parcouru 150 km. La sous-alimentation était la règle. Certaines malades n'ont même pas eu un peu d'eau à leur disposition. L'insomnie ne manque presque jamais, soit que l'inquiétude légitime empêche les sujets de prendre le moindre repos, soit que les conditions matérielles s'y soient opposées .

2°) *Facteurs psychiques.* — Le plus grand nombre

de ces observations ont trait, il faut y insister, à des malades qui n'ont eu à subir aucune fatigue physique appréciable. Ces malades n'ont pas quitté leur domicile; ou ont fait des courses insignifiantes. Le surmenage affectif ne s'est jamais ou presque jamais présenté sous forme d'émotion-choc, déclanchant immédiatement une réaction pathologique. Presque toujours l'inquiétude était établie depuis plusieurs jours: telle malade séparée de ses enfants les cherche fort raisonnablement pendant 24 ou 30 h. Telle autre était sans nouvelles de son mari depuis des semaines. Et l'on pourrait multiplier ces exemples.

A leur arrivée à l'hôpital psychiatrique, ces sujets ne se distinguaient guère cliniquement du groupe précédent: même état de déshydratation, même petite poussée thermique. La malade, Françoise appartenant à ce groupe, avait un état physique grave, l'un des plus inquiétants que nous ayons constaté. Acétonémie abondante hypoglycémie. Tendance à l'hypothermie. Tension artérielle imprenable. Tels étaient les éléments qui faisaient réserver le pronostic... Il en était de même pour la malade eJanne E... Il nous semble intéressant d'insister sur la prudence qu'il faut mettre à conclure d'un état physique mauvais à un surmenage physique primitif et susceptible d'intervenir dans la pathogénie de la psychose. En effet, dans presque tous les cas de surmenage affectif pur, nous avons constaté un retentissement physique, secondaire à l'inquiétude morbide, et revêtant souvent le masque d'un épuisement total. La sous-alimentation consécutive à l'anxiété pathologique est responsable en partie de l'altération somatique, mais nous ne la croyons pas seule en cause. Dans l'état affectif grave il y a plus. En effet, au moment de leur arrivée à l'hôpital les malades

ne s'étaient pas sous-alimentées pendant si longtemps qu'elles aient pu arriver à une pareille cachexie; sans doute faut-il faire intervenir un bouleversement neuro-végétatif marqué, pour expliquer un tel fléchissement physique.

3°) *Intrication des facteurs somato-psychiques.* — Dans tous les cas où l'évacuation s'est effectuée en pleine bataille, il est impossible de démêler le facteur immédiat prédominant. Telle est par exemple l'histoire de Jeanne : âgée de 56 ans, elle fait avec ses deux filles un trajet de 150 kilomètres à pied. A plusieurs reprises les trois femmes sont obligées de se mettre à l'abri, ou de se jeter dans un fossé pour échapper au feu de l'aviation. En cours de route elles croisent un camion rempli de blessés. A tout moment elles rencontrent des cadavres de chevaux éventrés. A Péronne, Marie-Jeanne est séparée de ses enfants, et continue tout de même sa route en compagnie d'une de ses voisines. Les deux femmes sont recueillies par un camion qui les transporte jusqu'à Senlis où pour la première fois elles peuvent prendre un peu de repos... L'on comprend combien dans un cas de ce genre, il serait vain de vouloir faire une distinction subtile entre le surmenage affectif et l'immense fatigue physique...

Par analogie, nous avons aussi classé dans ce groupe, des cas beaucoup moins démonstratifs: celui de Juliana, qui fit un voyage épuisant à travers toute la Belgique, celui d'Isabelle, qui depuis des mois, fournissait 11 heures de travail journalier sans repos hebdomadaire, et d'autres encore. Dans l'estimation exacte des circonstances d'apparition de l'accès psychosique, il nous était impossible de ne pas tenir compte d'un surmenage physique, professionnel ou autre, très important et très prolongé.

Est-il besoin d'ajouter que dans ces 29 cas, un surmenage affectif, physique ou somato-psychique n'a jamais manqué.

II. — LE TERRAIN

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous nous sommes exclusivement orientés vers l'étude des « psychoses compréhensibles » en écartant d'emblée, les psychoses occasionnées. Mais, en réalité, restreignant encore cette étude, nous avons éliminé les cas où un passé psychopathique trop évident : psychose intermittente à nombreux accès par exemple, rendait difficile l'interprétation des faits. Tous les malades étudiés ici, ont une histoire qui ne comporte pas d'internement antérieur à celui auquel nous les avons vus. Une ou deux observations signalent un accès dépressif mal défini... ou un épisode confusionnel extrêmement léger à l'occasion d'une pyrexie grippale. Ceci est exceptionnel et ne peut guère compter dans la statistique d'ensemble.

Mais l'appréciation du terrain est une chose éminemment difficile. La plupart des auteurs qui se sont récemment occupés de cette question tiennent compte de facteurs plus incertains et le remarquable travail de Mme Imménitoff (28) : « Sur le rôle des émotions dans la genèse des psychoses », à l'occasion de la guerre de 1914-1918, conclut à l'importance essentielle de la prédisposition en mettant la moindre résistance sur le compte d'étiologies très disparates. Tantôt l'hérédité est douteuse : une tante ayant été internée : Obs. XLIV, tantôt il y a quelques troubles du caractère et un peu d'hyperémotivité : Obs. XLI, ou bien « le naturel est très sensible », impressionnable : Obs. XXX. Nous

croyons que s'il y a intérêt à ne pas négliger tous les éléments qui peuvent entrer dans « l'histoire naturelle » d'une psychose, il est aussi important de ne pas surestimer leur valeur. La tendance à la dissection fine de tout le passé familial, personnel, social des malades se comprend d'autant plus aisément qu'elle procède d'un argument de fréquence. Puisque beaucoup d'individus ont supporté des difficultés émotives analogues, sans délire, il faut que ceux qui délirent aient une prédisposition. L'on pourrait aussi bien inverser l'argument et dire comment se fait-il que dans des conditions psychologiques analogues à celles qu'ont supporté les délirants, tous les individus légèrement cyclothymiques, ou ayant une faible tendance à l'anxiété habituelle, ou légèrement déséquilibrés, neuro-végétatifs, ou ayant dans leur ascendance un parent éloigné interné ne délirent pas... car enfin, les individualités à psychisme parfaitement normal sont rares, et le pourcentage des accidents psychopathiques doit être bien faible par rapport à l'énorme masse des réfugiés, qui ont parcouru dernièrement les routes de France, et dans des conditions psychologiques d'autant plus mauvaises, que le phénomène était collectif.

Peut-être faut-il moins tenir compte, pour une individualité donnée, de dispositions statiques figées que de variations dans le temps.

La résistance psychologique d'un sujet varie, en fonction de mille facteurs intriqués dont les plus nombreux sont internes, inappréciables. Mme Iménitoff, d'ailleurs le reconnaît implicitement, en soulignant l'incubation souvent fort longue qui s'écoule entre un choc affectif grave: « Perte d'un être aimé, et l'apparition d'un accès dépressif. Comment concevoir que cette incubation soit possible grâce à des caractéristi-

ques caractérielles, qui n'ont de valeur étiologique que si justement elles sont stables et profondes.

N'y a-t-il pas une labilité dans le temps, labilité qui est le propre de la vie somatique et psychique et qui ne ressort pas à une prédestination implacable. Et ainsi nous pensons qu'il est plus vraisemblable, de concevoir le facteur réactionnel individuel, comme variable, dans le temps, ce qui nous pousse à croire, que dans des circonstances physiologiques et psychiques particulières, des gens que l'on peut considérer comme normaux peuvent faire des psychoses compréhensibles, alors qu'à d'autres moments, et pour les mêmes causes affectives ces mêmes individus n'en feraient point.

Pour apprécier le terrain, chez nos malades, nous avons tenu compte avant tout, des éléments importants, mais aussi nous nous sommes efforcés, dans tous les cas, d'obtenir des renseignements de tiers les connaissant particulièrement, moins en notant des dires imprécis qu'en faisant décrire des troubles caractériels déterminés. En procédant ainsi, nous avons isolé un très grand nombre de cas, où l'état psychique antérieur était absolument normal.

Voici d'ailleurs un tableau récapitulatif :

Epuisement somatique : 7 cas. — Malades absolument normales: 5; avec légers troubles caractériels: 2.

Epuisement psychique: 14 cas. — Malades absolument normales: 7; Malades présentant ou ayant présenté des troubles psychiques francs: 7; Troubles caractériels: 1.

Epuisement somato-psychique: 7. Normales: 7.

Soit: 19 malades entièrement normales sur 29 cas.

Il est vrai que chez ces 19 malades l'on pourrait penser à la possibilité d'une constitution hyperémotive: Et nous rappelons la définition de Dupré; « un

certain mode de déséquilibre du système nerveux caractérisé à la fois par l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice réflexe et volontaire, en vertu duquel l'organisme présente aux ébranlements qui sollicitent sa sensibilité, des réactions anormales par leur vivacité, leur extension et leur durée et se montre ainsi plus ou moins incapable de s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues, aux milieux nouveaux ». Et Dupré d'ajouter: « non seulement ils présentent à l'occasion des réactions exagérées, mais encore ils restent sans interruption sous l'empire d'une sorte de gêne psychique, qui se traduit... par des états divers d'appréhension, de crainte, de doute, de scrupule et d'hésitation ».

Les malades que nous avons en vue ne répondent pas à ce tableau clinique. Quelques-uns ont présenté pendant leur convalescence quelques signes d'hyperémotivité que nous croyons le reliquat de la crise anxieuse qu'elles avaient traversée, et constituent une sorte de sensibilisation émotionnelle passagère.

La vie qu'ont menée la plupart de nos malades fut difficile, médiocre. Elles ont eu à compter avec des circonstances matérielles peu favorables et certaines d'entre elles: Alice, Isabelle, Marie-Jeanne, par exemple, ont eu à lutter, Alice pour donner à son fils une situation convenable, Isabelle en effectuant, pendant de longs mois, un travail au-dessus de ses forces.

La famille ou l'entourage immédiat ne nous a signalé aucune défaillance psychique... comme il aurait dû s'en produire chez des émotives constitutionnelles qui, rappelons-le, ne réagissent pas seulement aux circonstances imprévus et douloureuses, mais aussi aux difficultés de la vie journalière.

III. — LA STRUCTURE PSYCHOPATHIQUE ET L'ÉVOLUTION

Voici tout d'abord des tableaux comparatifs de tous nos cas :

I. — *Epuisement somatique.*

Nom	Antécédents	Forme	Evolution	P. (1) physiques	P. Psychique secondaire
Juliette.	N	Anxiété, P. physique.	15 j.	Travail excessif.	
Louise.	Un peu nerveuse.	Anxiété lég. confuse.	15 j. Très améliorée.	Marche : privations, Sans aliments depuis 2 j.	
Marie dite J...	Tend paranoïaques.	Anxiété, Interpr. P. physique.	Très améliorée.	Marche 2 jours.	
Thérèse	N	Anxiété, P. physique.	Amélioration.	Fatigues, Privations.	
Fernande	N	Confuso-onirique.	10 j.	Insomnie, Fatigue musculaire.	
Angèle	N	Confuso-onirique.	En voie de guérison.	Fatigue.	Perte de ses deux enfants.
Marthe	N	Confuso-onirique.	8 j. Grande amélioration.	Voyage interminable.	

II. — *Epuisement psychique.*

Nom	Antécédents	Forme	Evolution	P. Physiques secondaire	P. Psychique
Paulette	Débilité	Anxiété. Pas de P. physique.	15 j.	0	+
Mathilde	Déprimée pré-sénile	Anxiété, H. (2) épisodique, P. physique légère.	10 j.	0	+
Anne	Déprimée	Anxiété, Interprétations, Anné- sie, P. physique.	Très améliorée.	+	+
Cécile	N	Confuso-onirique anxieuse.	15 j.	++	+

Marie	Nervense.	physique. Agitation.			
Jeanne O...	Etat dépressif court.	Anxiété. P. physique.	7 j.	+	+
		Anxiété. Onirisme. P. physique.	Amélioration.	+	+
Marie-Blanche	N	Anxiété. Interpr. Onirisme. Acé- tourie.	13 j.	++	+
Suzanne	Débilité.	Anxiété. Interpr. P. physique.	15 j.	+	+
Jeanne E...	N	Agitation anxieuse. P. physique.	Amélioration.	++	+
Philomène	Débilité.	Confuso-onirique. Anxieuse.	13 j.	0	+
Françoise	N	Confuso-onirique.	18 j.	Etat précaire	+
Simone E...	N	Très grande part. physique.			
		Confuso-onirique.	15 j.	+	+

III. — *Epuisement somato-psychique.*

Nom	Antécédents	Forme	Evolution	P. Physique	P. Psychique
Juliana	N	Anxiété. Onirisme. Pas de P. physique.	15 j.	Insomnie. Fatigue.	Evacuation.
Alice	N	Confuso-onirique. Part. ph. légère.	7 j.	Marche. S ^s alimentation.	Inquiétude.
Madeleine	N	Confuso-onirique. Part. ph. légère.	Améliorée.	Privations.	Evacuation. Inquiétude.
Marthe B...	N	Maniaque.	Améliorée.	Marche. Sous-alimenta- tion. Insomnie.	Inquiétude. Bombardement.
Isabelle	N	Anxiété. H. auditives.	15 j. environ.	Travail excessif.	Inquiétude.
Marie-Jeanne	N	Anxiété. Interpr.	1 mois environ.	150 km. à pied.	Bombardement.
Simone T...	N	Confuso-onirique. P. physique. Ur. 0,60.	10 j. confusion avec discordance.	Fuite à pied.	Bombardement.

Abréviations : (1) P = participation ; (2) H = hallucinations.

De l'étude de ces tableaux comparatifs se dégage facilement une première constatation. Dans deux cas seulement: Cas d'épuisement somato-psychique, nous trouvons des formes réactionnelles anormales. L'une est une agitation maniaque, (cas Marthe B., l'autre est un état confusionnel atypique, où la discordance impressionnante, oblige à réserver le pronostic. Dans tous les autres cas, soit 27 cas sur 28, la réaction parfaitement compréhensible fut à prédominance anxieuse ou confusionnelle. Cette unité symptomatique ne provient pas, comme on pourrait le croire, du fait, que nous n'ayons étudié que les psychoses « compréhensibles ». Si nous les avons eu spécialement en vue, nous avons néanmoins pris en considération, tous les cas où un épuisement pouvait être mis en cause, désireux de constater l'uniformité du type clinique. Et c'est un tableau assez exact, de toutes les psychoses d'épuisement que nous apportons ici. Il s'est trouvé qu'épuisement et compréhension marchaient de pair. Nous avons pensé, pouvoir isoler, par leur allure clinique, les psychoses d'épuisement somatique et somato-psychiques d'une part et les psychoses d'épuisement psychique d'autre part. Or, nous avons été obligé de nous rendre à l'évidence des faits: Dans le 1^{er} groupe: somatiques et somato-psychiques nous trouvions: 8 psychoses à prédominance anxieuse, contre 5 à prédominance confusionnelle. Dans le 2^e groupe: surmenage affectif seul: 10 psychoses anxieuses contre 4 confusionnelles: *le facteur immédiat en cause, n'intervient pas, dans le type de la réaction obtenue*: un surmenage psychique peut entraîner l'apparition d'une confusion typique: un surmenage physique, un état anxieux presque pur. Et d'ailleurs nous n'avons parlé que de prédominance, car dans tous ou presque tous les cas, il y a combinai-

son d'éléments confusionnels, de troubles affectifs et d'éléments oniriques. Nous croyons qu'il est impossible dans ces cas d'isoler un type clinique, représentatif du facteur immédiat sous-jacent. Les psychoses compréhensibles, sont des psychoses aiguës, complexes, témoignant d'une altération brutale et en général transitoire de l'activité psychique. Vues sous l'angle de la conception Jacksonnienne, leur structure appartient à un niveau intermédiaire entre les structures maniaco-mélancoliques et les structures confuso-stuporeuses. Comme l'écrivait Leconte (33), dans sa thèse sur les « Conflits sociaux et psychoses » l'on est le plus habituellement embarrassé pour faire le diagnostic; entre « confusion mentale, avec quelques idées de la série mélancolique, ou mélancolie avec élément confusionnel surajouté ». « L'on assiste à une véritable et insensible dégradation entre les divers états ». Et la teinte clinique, la diagnostic d'anxiété ou de confusion est donné par la prédominance seulement d'un aspect sémiologique...

La réaction physique elle-même n'est pas caractéristique du type de l'épuisement. Prenons les cas extrêmes: Françoise, nous est arrivée, dans un état lamentable: sa tension artérielle était effondrée, elle avait une hypoglycémie, une acétonurie abondantes. Et pourtant un surmenage émotif était seul en cause. Marie-Jeanne avaient supporté plusieurs jours d'évacuation, avait parcouru 150 kilomètres à pied. Physiquement elle ne présentait qu'une légère déshydratation. Ainsi que le fait couramment remarquer notre maître, les réactions de l'organisme, dans son ensemble, à des agressions somatiques ou psychiques sont extrêmement limitées. Le mode réactionnel reste presque toujours le même et il serait vain de conclure d'un complexe symptomati-

que, au processus en cause... l'Evolution, confirme encore cette manière de voir. Tous ces cas guérissent, ou presque tous guérissent dans des délais sensiblement comparables.

IV. — ESSAI PATHOGÉNIQUE

Cette dernière partie de ce travail, se déduit si aisément de l'argumentation qui précède, que nous serons extrêmement brefs.

Sur 28 cas, s'en présentent 19 dans lesquels il ne nous semble pas que l'on puisse incriminer en aucune façon, une prédisposition dûment établie. Il nous semble donc qu'il existe vraiment des psychoses d'épuisement somatiques, somato-psychiques, ou psychiques pures chez des individus normaux.

Lorsque l'épuisement est double, à la fois physique et psychique, la cause prédisposante est le plus souvent inexistante: Dans nos 7 cas il n'existait pas de passé pathologique.

Lorsque l'épuisement est seulement somatique, la prédisposition intervient de façon minime: 2 fois sur 7 cas.

Enfin, dans les cas d'épuisement psychique, le terrain a une responsabilité plus lourde: 7 cas avec troubles préexistants, contre 7 cas chez des sujets normaux. Et ici, le retentissement physique, permet de mesurer l'importance et la durée de la réaction affective. Chez les 7 femmes normales, est intervenu un facteur secondaire de dénutrition qui a ajouté son action à un surmenage affectif. Chez celles du nombre de 7 qui présentaient une fragilité particulière, les facteurs physiques secondaires n'ont joué que 4 fois.

CONCLUSIONS

1°) Dans le groupe des psychoses en relation avec les événements graves intéressant la vie d'une Nation, l'on doit isoler les psychoses d'épuisement somato-psychiques.

2°) Ces psychoses sont essentiellement aiguës, de structure confuso-anxieuse, d'évolution en général brève.

3) Elles éclatent aussi bien chez des individus normaux que chez des prédisposés. Dans les deux cas, elles ont la même physionomie clinique.

4°) Elles relèvent essentiellement d'un épuisement, somato-psychique, somatique ou psychique.

5°) Lorsqu'un surmenage double somatique et psychique est en cause, le facteur; prédisposition n'est nullement nécessaire; dans la très grande majorité des cas, le surmenage physique suffit à expliquer à lui seul, l'apparition de troubles mentaux. Par contre, quand l'agression est purement affective, la prédisposition intervient, dans 50 0/0 des cas.

Vu

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :
LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. — BARBIER et LÉGER. — 3 modes de recrutement de la constitution émotive. (*Lyon Médical*, 23 juillet 1939).
2. — BELHOMME. — L'influence des événements sur la folie. Académie de Médecine. Séance du 2 mai 1848. (*Union Médicale*, 1848).
3. — BINET. — Nature des émotions (*Journal de Psychologie*, mai-juin, 1911).
4. — BOUCHEREAU et MAGNAN. — Voir MAGNAN.
5. — BOURDIN. — De l'influence des événements politiques sur la folie, 1873.
6. — BRIERRE DE BOISMONT. — Folie épidémique (*Union Médicale*, 13 fév., 1859).
7. — BAILLARGER. — Recherches sur les maladies mentales. 1853.
8. — BROUSSAIS. — De l'irritation et de la folie. 1828.
9. — CAPGRAS, JUQUELIER et BONHOMME. — La confusion mentale dans ses rapports avec les événements de guerre (*Bull. S. Clin. Méd. Mentale*, 1917).
10. — CASANOVA (Catherine). — Traumatismes affectifs et psychopathies: Travail de la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale. Paris, 1937.
11. — CLAUDE (Henri). — Troubles psychopathiques émotionnels. (*Encéphale*. Paris, 1927).
12. — CLAUDE, SIVADON et FORTINEAU. — Efflorescence mentale en rapport avec les événements d'actualité. (*Ann. Méd. Psych.*, 1936).
13. — DAGONET (H.). — Traité des Maladies mentales.
14. — DELMAS. — Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie. (*Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes*, Limoges 1932).
15. — DUPOUY (R.) et LECONTE (M.). — Conséquences psychopathiques des mouvements sociaux actuels. (*Ann. Méd. Psych.*, 1937).
16. — DUMAS. — Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre. (Paris, Alcan, 1919).
17. — DUPRÉ. — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. (Paris, Payot, 1925).

18. — ELLIS. — (Traduit de l'anglais par Archambault).
Traité de l'Aliénation mentale.
19. — ESQUIROL. — Maladies mentales. (3 édit. Imprimerie scientifique et littéraire).
20. — FALRET (M.). — Leçons cliniques de Médecine mentale, 1854.
21. — FÉRÉ. — La pathologie des émotions. (Alcan, Paris, 1892).
22. — GEORGET. — *Causes de la Folie*. (Paris, Crevot, 1820).
23. — GÉRARD. — L'actualité et les psychoses. (Jouve ES. 1935).
24. — GRIESSINGER. — Traité des maladies mentales. (Paris, Delahaye, 1865).
25. — GUISLAIN. — Aliénation mentale. (Amsterdam, Gartnam, 1826).
26. — HALBERSTADT. — Un cas de psychose post-émotionnelle. (*Revue de Psychiatrie*, avril 1913).
27. — HOSPITAL. — Souvenirs rétrospectifs de 1871. (*Ann. Méd. Psych.*, 1875).
28. — IMENITOFF. — Contribution à l'étude du rôle des émotions dans la genèse des Psychoses. (Th. Paris, 1917).
29. — JANET. — De l'émotion. (R. N., 1909).
30. — JASPERS. — Les réactions pathologiques. In « Psychopathologie générale ». (Traduction Kastler et Mendousse). (Alcan).
31. — KRÉTSCHMER (E.). — Der sensitive Bezeichnungswahn.
32. — LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET, FOLLIN. — Psychoses d'épuisement somato-psychiques. (Séance de l'Académie de Médecine, 4 juillet 1940).
33. — LÉCONTE (M.). — Conflits sociaux et psychoses. (Th. Paris, Doin, 1938).
34. — LEGRAND DU SAULLE. — De l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871. La folie héréditaire, 1873.
35. — LÉPINE. — Troubles mentaux de guerre.
36. — LÉVY-VALENSI. — L'actualité et les psychoses. (*L'Avenir Médical*, janvier 1935). — Les psychoses réactionnelles. (*Concours Médical*, 1^{er} janv. 1937).
37. — LUNIER. — De l'influence des grandes commotions sur l'aliénation mentale.
38. — MAGNAN et BOUCHEREAU. — Statistique des malades entrés en 1870-1871 au bureau d'admission des Aliénés de la Seine. (*Annales Méd. Psych.*, 1872).

39. — MAGNAN et LEGRAIN. — Les Dégénérés. (Paris, Rueff, 1895).
40. — MIRA (E.). — Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux. (*II^e Congrès international d'hygiène mentale*, juillet 1937).
41. — MOREAU DE JOUËS. — Compte-rendu à l'Académie des Sciences, T. VII.
42. — MOREL. — Maladies mentales. (Paris, Masson, 1860).
43. — NACHT (S.). — Contribution à l'étude des facteurs psycho-affectifs dans la genèse des états hallucinatoires. *L'Evolution psychiatrique*, (Paris, 1934).
44. — NATHAN. — La sensibilisation dans la diathèse et dans les psychoses émotives. (*Encéphale*, 1927).
45. — NATHAN et GALLOT. — Les bouffées délirantes motivées. (*Encéphale*, 1928).
46. — PARCHAPPE. — Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation. (*Ann. Méd. Psych.*, 1843). — La prédominance des causes morales dans la génération de la folie. (*Ann. Méd. Psych.*, 1843).
47. — PASCAL (C.). et DESCHAMP (A.). — Psychose de sensibilisation. (*Ann. Méd. Psych.*, 1931).
48. — PASCAL (C.) et DAVESNE. — Chocs émotionnels pathogènes et thérapeutiques. (*Journal de Psychologie*, 15 avril 1925).
49. — PETIT (Paule). — Les délires de persécution curables. (Thèse, Paris, 1937).
50. — PINEL. — Traité d'Aliénation mentale 1809.
51. — REDALIÉ. — Les notions de réaction en psychiatrie (*Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 1929).
52. — REGIS et HESNARD. — Le rôle pathogène des émotions oniriques. (*Journal de psychologie*, mai et juin 1913).
53. — REGIS. — Les troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre. (*Presse Médicale*, 27 mai 1915). — Précis de Psychiatrie.
54. — RENAUX (J.). — Etat confusionnel consécutif aux commotions des batailles. (Thèse de Paris, 1915).
55. — ROUBINOVITCH. — Rôle des émotions dans la genèse des psychoses, pendant la Révolution russe de 1905-1906. (*Bull. Médical* de 1911).
56. — SEGLAS et BARAT. — L'émotion dans les maladies mentales. (*Journal de psychologie*, mars-avril, 1913).
57. — SEGLAS et COLLIN. — Emotion-choc; Psychoses confusionnelles. (*Presse Médicale*, 12 février 1911).

58. — SOUKHANOFF. — Sur les formes dépressives du trouble mental chez les soldats russes. (Rousski Wratch, 1905).
59. — TOULOUSE. — Causes de la folie. (*Société d'édition scientifique*, Paris, 1896). — Conflits sociaux et adaptation mentale. La prophylaxie mentale. Tome 8.
60. — URECCHIA. — Les psychoses réactionnelles. (*En-céphale*, 1932).
61. — VACHET. — *Psychoses de guerre*. (Thèse de Paris, 1915).
62. — VIÉ (J.). — A propos de l'augmentation du nombre des aliénés: Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie. (II^e Congrès International d'Hygiène mentale, Paris, 1937).
-

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris xiv^e
